

1974

THÈSE

38

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

par

Christian LESNE

né le 4 juillet 1946

à PARIS XX^e

inscrit sous le N° L 8464

Présentée et soutenue publiquement le 16 avril 1974

LES PASSAGES A L'ACTE

Président : Monsieur P. THIBAUT

Professeur à la Faculté

IMPRIMERIE D'ARCUEIL

33, rue de la Vallée — ARCUEIL (Val-de-Marne)

FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER BICHAT

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

par

Christian LESNE

né le 4 juillet 1946

à PARIS XX^e

inscrit sous le N° L 8464

Présentée et soutenue publiquement le 16 avril 1974

LES PASSAGES A L'ACTE

Président : Monsieur P. THIBAUT

Professeur à la Faculté

IMPRIMERIE D'ARCUEIL

33, rue de la Vallée — ARCUEIL (Val-de-Marne)



*Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance à
Mlle LEMPERIERE, qui a eu l'idée de cette thèse et
a veillé sur son élaboration, et à M. THIBAUT qui
a bien voulu en être le président.*

C.L.

« Il s'agit de rendre à la représentation théâtrale l'aspect d'un foyer dévorant, d'amener au moins une fois au cours d'un spectacle l'action, les situations, les images à ce degré d'incandescence implacable, qui dans le domaine psychologique ou cosmique s'identifie avec la cruauté.

« On ne peut continuer à prostituer l'idée du théâtre qui ne vaut que par une liaison magique, atroce, avec la réalité et avec le danger. Cette liaison magique est un fait : le geste crée la réalité qu'il évoque ; et celle-ci par nature est atroce, elle n'a de cesse qu'elle n'ait produit ses effets.

« Posée de la sorte, la question du théâtre doit réveiller l'attention générale, étant sous-entendu que le théâtre par son côté physique, et parce qu'il exige l'expression dans l'espace, la seule réelle en fait, permet aux moyens magiques de l'art et de la parole de s'exercer organiquement et dans leur entier, comme des exorcismes renouvelés... »

« ...En outre, cette nécessité pour le théâtre de se retremper aux sources d'une poésie éternellement passionnante et sensible pour les parties les plus reculées et les plus distraites du public étant réalisée par le retour aux vieux Mythes primitifs, nous demanderons à la mise en scène, et non au texte, le soin de matérialiser et surtout actualiser ces vieux conflits, c'est-à-dire que ces thèmes seront transportés directement sur le théâtre et matérialisés en mouvements, en expressions et en gestes avant d'être coulés dans les mots... »

(A. ARTAUD : *Le Théâtre de la Cruauté*, Premier manifeste, in NRF 1932, Second manifeste, 1933.)

SOMMAIRE

- I. — Le notion de passage à l'acte tient à la fois de l'idée d'impulsions, comme elle apparaît dans la psychiatrie classique, et du concept psychanalytique d'acting out.

Dans une première partie, les passages à l'acte sont étudiés dans leur contexte clinique.

- II. — Certains actes impulsifs semblent répondre à des mécanismes simples de déclenchement, ainsi dans les états déficitaires et dans les délires chroniques.
- III. — Les états d'agitation sont le point de départ de plusieurs hypothèses étiologiques organicistes, peu satisfaisantes en raison de la complexité des systèmes en cause, biologique, neurologique, psychologique et en raison de l'impossibilité de réduire des comportements très divers à un schéma global.
- IV. — L'épilepsie est un cadre sémiologique très riche en ce qui concerne les troubles du comportement ; la défaillance des niveaux supérieurs de la conscience fait apparaître des tendances profondes, normalement réprimées, telle est la perspective organo-dynamique.
- V. — L'accès maniaque, les impulsions orales et l'ivresse expriment une lutte contre l'angoisse au prix d'une modification active du milieu extérieur qui devient le matériel d'un jeu.
- VI. — Les actes impulsifs des psychoses aiguës et de la schizophrénie répondent à des mécanismes complexes, insystématisables.
- VII. — Les troubles névrotiques du comportement sont particulièrement accessibles à la compréhension de leur contenu symbolique.

- VIII. — Inséparable du vécu mélancolique, le suicide est le terme d'une évolution psychologique plus ou moins rapide et plus ou moins profonde, dont une littérature abondante a décrit les aspects.
- IX. — Dans le contexte du déséquilibre psychique, le passage à l'acte est une façon d'être, il répond à l'instabilité, à l'impulsivité.
- X. — L'impulsivité, en tant que trait de caractère, a ses racines dans des troubles précoces du développement psychique de l'enfant.
- XI. — Dans un essai de synthèse, on esquisse un schéma étiopathogénique, en soulignant le rôle de l'angoisse, et en observant le phénomène bio-psychologique de scansion.

Dans la deuxième partie, sont étudiés les éléments relationnels qui provoquent l'acting-out.

- XII. — Les malentendus inévitables qui surviennent régulièrement entre patient et thérapeute constituent un élément favorisant.
- XIII. — L'agressivité de l'équipe soignante est enfermée dans une structure de défense perfectionnée, mais elle atteint pourtant les malades, de façon cryptique.
- XIV. — Certains concepts de la sociologie seraient susceptibles d'éclairer d'autres causes du passage à l'acte, ils sont utilisés par l'analyse institutionnelle.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITIONS ET HISTORIQUE

ÉVOLUTION DES POINTS DE VUE SUR L'IMPULSION ET SUR L'ACTING OUT

(4, 6, 12, 15, 19, 33, 46, 53, 55, 56, 57, 60, 67, 71, 72, 79,
83, 87, 89, 96, 99, 108, 115, 130, 145)

« Un jeune négociant homosexuel, après avoir été chassé par son père à cause de ce que celui-ci considérait comme de l'inconduite, mit le feu au grenier de la maison paternelle et, chantant d'une voix de fausset féminine des airs d'opéra, s'installa sur le toit pour, dans une pose romantique, mettre fin à ses jours en disparaissant dans les flammes » (83).

Ce sont les actes du fou qui fondent son image et son statut dans la société, et tout particulièrement ces actes fous entre tous, impulsifs, immotivés, incompréhensibles, effrayants ; aussi, à toutes les époques, ont-ils été un objet préférentiel de l'étude psychiatrique, le plus souvent sous le terme d'impulsions.

LE POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE

« Donques les choses que l'on fait par impulsion et mouvement de douleur ou de fureur... ne sont pas faites par la vertu de fortitude » [de force d'âme] (ORESME, Eth. 87). LITTRÉ indique, au deuxième sens, figuré : « action de pousser quelqu'un à faire quelque chose ». Dans

le dictionnaire de LITTRÉ et ROBIN, on trouve : « Impulsion : effet d'une force intérieure qui pousse l'individu à accomplir un acte. Il en est qui sont le résultat d'une perturbation cérébrale ; qui, nées ou non d'une idée fausse, portent subitement l'individu à un acte étrange ou criminel » (96).

MAGNAN consacre de nombreux travaux au sujet, en particulier « Etude clinique des impulsions et actes des aliénés » (99) et plusieurs paragraphes des « Leçons cliniques ». « L'impulsion est un mode d'activité cérébrale qui pousse à des actes que la volonté est parfois impuissante à empêcher ». « Dans la folie, ...le jugement est altéré et l'impulsion dominatrice exerce son action sans rencontrer une force suffisante pour lui résister » (99). L'impulsivité est le trait le plus marquant de la psychologie des dégénérés, l'élément pathognomonique de leur caractère. L'impulsion est liée au défaut d'inhibition volontaire (de fortitude) autant qu'à sa force intrinsèque de réalisation. Les descriptions portent sur des actes qu'on rattacherait aujourd'hui à de nombreuses catégories nosologiques, en particulier la névrose obsessionnelle (c'est MAGNAN l'auteur du terme obsession-impulsion), où l'impulsion se révèle tout au long de la lutte compulsive, et tout au long de la vie du malade. Mais on reconnaît également un cas de dipsomanie maniaco-dépressive, une impulsion psychotique, des activités satyriatiques pégétiques, etc... MAGNAN intervient également, avec LEGRAIN, dans la discussion sur la question fondamentale de la définition : l'impulsion est-elle la seule force de poussée, vécue par l'individu, ou comprend-elle dans son intégrité l'acte qui en est le but ?

L'impulsion, fait d'observation clinique, reçoit une première explication de la doctrine réflexologique ; RÉGIS écrit : « L'impulsion est la tendance impérieuse et souvent même irrésistible au retour vers le pur réflexe », l'insuffisance de frein volontaire libère des réflexes de divers degrés, des circuits hiérarchiquement inférieurs. « Le cadre de l'impulsion morbide ne doit pas être limité, ainsi que cela a lieu souvent, à l'impulsion consciente et obsédante, mais doit être étendu à tout l'ensemble des propensions pathologiques de l'activité volontaire vers le réflexe, depuis l'impulsion aveugle et automatique qui en est la manifestation extrême, jusqu'à l'obsession impulsive qui représente sa forme la plus atténuée, en passant par la gamme à transitions insensibles de ses nombreux intermédiaires », d'où la classification en trois types :

- les impulsions motrices pures ou à réflexe direct : l'acte suit fatalement et immédiatement la stimulation, sans aucune action inhibitrice intermédiaire ;
- les impulsions psychomotrices, ou à réflexe retardé : l'acte suit fatalement la stimulation mais avec un intermédiaire émotif ou idéo-émotif, sans action sérieuse d'inhibition ;

- les impulsions psychiques, ou à réflexe interrompu : l'acte n'est ni fatal ni immédiat, il y a un intermédiaire idéo-émotif long, compliqué, douloureux, accompagné d'une lutte d'inhibition souvent victorieuse (115).

Au début du siècle, apparaît le terme de passage à l'acte : MARANDON DE MONTYEL écrit en 1904 au sujet « du passage à l'acte dans l'obsession impulsive au suicide » dans la *Gazette des Hôpitaux*. CHASLIN traite, en 1912, du « passage trop prompt à l'acte ; tendance à l'automatisme », chez le maniaque « aussitôt présente à l'esprit, une pensée [entraîne] l'acte correspondant... Je rappellerai que la colère, l'angoisse, la peur peuvent entraîner aussi des actes spéciaux qui ont pour caractères d'être soudains, rapides, irréfléchis, bref, ce qu'on appelle des raptus. L'acte participe du désordre intellectuel que l'émotion a suscité et apparaît souvent après coup au malade comme non voulu, à moins que celui-ci n'ait trouvé dans l'émotion la force nécessaire pour accomplir cet acte prémédité de longue date, comme dans la mélancolie », « enfin, nous avons vu les sentiments, les idées délirantes, les hallucinations entraîner des actes qui peuvent revêtir les caractères de l'impulsion, actes soudains, rapides, irréfléchis, mais qui ne sont pas reconnus par le malade comme une trouble de la volonté... », CHASLIN décrit ensuite le « ralentissement du passage à l'acte » (19). SEGLAS donne une description de l'hyperboulie maniaque dans le traité de G. BALLET (4) : « on voit certains aliénés passer de l'idée à l'acte avec une facilité tout à fait extraordinaire », « cette hyperactivité psychomotrice [hyperboulie] résulte de causes diverses... suppression de toutes les représentations antagonistes d'entrave, de contrôle, telles que les idées d'utilité, de but, etc... transformation plus facile en impulsions motrices », « dans les cas extrêmes, il n'est pas rare de voir des actes se manifester comme de véritables décharges motrices, d'une instantanéité tout à fait surprenante et qui enlève à ces actes, déjà involontaires, tout caractère conscient. Tels sont ceux que l'on désigne sous le nom de raptus (mélancoliques, épileptiques, délire alcoolique) », et ARNAUD écrit plus loin : « Nous considérons l'impulsion comme une idée obsédante qui s'accompagne d'une tendance plus ou moins irrésistible à l'acte. Comme l'obsession proprement dite, l'impulsion est de nature aboulique : elle traduit l'affaiblissement ou l'impuissance de la volonté considérée dans son pouvoir d'arrêt ». On relève, à cette époque où le terme fait son apparition dans le vocabulaire psychiatrique, deux points d'où s'est opéré un glissement ultérieur : le passage se fait de l'idée, ou de la représentation à l'acte (à l'heure actuelle, on sous-entend assez régulièrement que le passage se fait aussi à un autre niveau : du langage à l'acte). D'autre part, le passage à l'acte s'offre surtout dans la névrose obsessionnelle et dans l'accès maniaque, il n'est pas question de faits identiques dans ce qu'on nomme aujourd'hui déséquilibre ou psychopathie.

Car cette maladie fait une entrée discrète et laborieuse dans le champ psychiatrique au cours de la première moitié du siècle. KRETSCHMER ne lui consacre qu'une très faible partie du chapitre Impulsivité de sa « Psychologie médicale » (83). « Par impulsion, nous entendons la partie ou quantité de l'affectivité totale qui afflue vers les manifestations sensori-motrices et associatives des appareils encéphaliques, pour réapparaître ensuite soit sous la forme de l'énergie ou de la vivacité, soit sous celle de l'attention, soit enfin sous celle de l'intérêt... Les impulsions sont... des fonctions qui déterminent le rythme et l'intensité de toutes les manifestations psychiques. Il est probable que celles-ci n'échappent pas à l'action des facteurs antagonistes (impulsion positive, inhibition ou barrage)... l'inhibition signifiant un simple freinage uniforme des manifestations motrices, sensorielles et associatives... tandis qu'on désigne par barrage le freinage sous forte tension qui se produit plus particulièrement dans les états catatoniques et dans les névroses, caractérisés par un début et une cessation brusques et subits de telle ou telle manifestation... » Les troubles de l'impulsivité sont rangés en trois catégories : anormies, hyperhormies (hyperkinésies psychomotrices), dyshormies caractérisées par une impulsivité irrégulière, rude, dans le genre de celle que l'on observe dans les états catatoniques ou dans la timidité normale.

Le terme de passage à l'acte n'est plus à la mode, on ne le trouve ni dans l'ouvrage de K. SCHNEIDER (132) sur les « Personnalités psychopathiques », ni dans celui de J. BOREL (12) sur « le déséquilibre psychique », ni même dans le manuel de H. EY (45). Cet auteur donne, dans son étude sur les impulsions (46), le point de vue classique des années 50 et la conception organo-dynamique et psychanalytique des phénomènes impulsifs ; « de nombreux mouvements, actes ou décharges pulsionnelles explosives, échappant au contrôle de l'activité d'intégration, peuvent être qualifiés d'impulsions, comportement automatique, involontaire, forcé ». Il existe dans ce caractère automatique, réflexe, une hiérarchie que de nombreux auteurs ont tenté de codifier (RÉGIS, BARUK, WERNICKE, KRAEPELIN, BERZE, JASPERS, KRONFELD, BOSTROEM, BREZOWSKY, BARAHONA FERNANDES), le classement se heurtant à la multiplicité des phénomènes en cause : biologie, instincts, complexes instinctivo-affectifs, poussées de l'humeur, variations de la volonté, etc. EY propose une division en trois catégories :

- protopulsions kinétiques (mouvements automatiques inadaptés engendrés par le besoin physiologique, avec réflexe impétueux, irrésistible et sommaire) ;
- protopulsions instinctives, mouvements provoqués par l'état affectif ; l'énergie accumulée faisant issue par des voies préfigurées et stables, plus anciennes, « le court-circuit qui en résulte... réalise un raptus, c'est-à-dire une foudroyante

détente du comportement destinée à soulager une nécessité instinctive incoercible » ;

- comportements impulsifs, dépersonnalisés, des états aigus (stuporeux, confusionnels, crépusculaires, oniroïdes, mélancoliques ou maniaques) ou chroniques (démence, schizophrénies, délires chroniques, névroses).

C'est dans l'article de DENIKER et SEMPE sur les personnalités psychopathiques (37) que réapparaît le terme de passage à l'acte, en 1967, à la jonction de deux courants jusque-là fort éloignés.

LE POINT DE VUE PSYCHANALYTIQUE

On cite assez souvent, à la source du terme *acting out*, le geste impulsif de la malade de FREUD qui, sortant de l'hypnose, lui sauta au cou. En fait, le terme « *Agieren* » est utilisé pour la première fois en 1905, quand FREUD décrit le comportement perturbateur de Dora, qui agit une part essentielle de ses souvenirs et interrompt son analyse, et c'est surtout l'article de 1914 « *Remémoration, répétition, élaboration* » (67) qui constitue l'origine de la notion d'*acting out*. *Agieren* est employé comme substantif ou verbe transitif, s'opposant à *Erinnern* (se souvenir) comme deux façons opposées de faire revenir le passé ; ce qui est agi, ce sont les pulsions, les fantasmes, les désirs, etc... (89). Le patient « ...pour ainsi dire met en acte devant nous au lieu de nous informer... » mais il agit aussi ses pulsions en dehors de la cure analytique. « Nous devons donc nous attendre à ce que l'analysé s'abandonne à la compulsion de répétition qui remplace alors l'impulsion à se souvenir, et cela non seulement dans ses rapports personnels au médecin, mais aussi dans toutes les autres activités et relations de sa vie présente, par exemple en faisant choix pendant la cure d'un objet d'amour, en se chargeant d'une tâche, en s'engageant dans une entreprise » (67). Le refoulé cherche à faire retour dans la mise en actes aussi bien que sous forme de rêves ou de symptômes, mais il constitue un matériel parasite, et même une infraction au corollaire de la règle fondamentale, tout implicite qu'il soit : « et ne rien faire d'autre ». D'un point de vue théorique, le mot *Agieren* contient une ambiguïté qui ne fera que s'accroître ultérieurement, entre ce qui est actualisation, mise en acte au cours du transfert (*acting out*) et ce qui est recours à l'action motrice, en tant que décharge, selon le principe de plaisir. FREUD revient par la suite, épisodiquement, sur cette notion, mais sans la compléter.

En 1930, ALEXANDER décrit les « sujets névrotiques » incapables de surmonter leur tendance à agir leurs impulsions, et ouvre ainsi un champ d'utilisation extra-analytique à toute une littérature postérieure ; en 1939, A. FREUD fait état de l'*acting out* dans le transfert,

conservant au terme son sens étroit d'origine. En 1945, O. FENICHEL publie un court article sur l'acting out névrotique en décrivant son rôle de décharge des tensions, de libération partielle des pulsions refoulées, et de leurs rejets, à l'occasion d'une similitude entre le contenu refoulé et la situation actuelle, l'investissement étant déplacé sur le dérivatif actuel.

La notion d'acting out évolue, entre 1914 et 1967 en fonction de l'évolution de la psychanalyse toute entière : orientation de son intérêt vers la période pré-verbale ; vers le Moi, au lieu du Ça uniquement ; élargissement de la théorie des pulsions ; extension du champ thérapeutique. Toutes ces données sont d'ailleurs parallèles, au cours de l'ouverture de la psychanalyse aux déséquilibrés, aux individus border-line, aux psychotiques et aux adolescents, dont l'action est le moyen d'expression préférentiel. « Au cours du temps, l'interprétation du transfert se révéla de plus en plus indispensable dans la technique analytique ; la ré-expérience dans le transfert fut de plus en plus admise ; et plus elle survenait plus le terme d'acting out était appliqué, non à la répétition dans le transfert, mais à la remise en acte du passé, en dehors de l'analyse... Le souvenir, élargi par l'association libre et l'interprétation des rêves, permet la restitution de fantasmes refoulés et d'événements refoulés primitivement verbalisés. La ré-expérience rapporte des attitudes infantiles du Moi, sous la forme de sentiments régressifs dépendants ou hostiles vis-à-vis de l'analyste. La re-mise en acte dans le transfert est le moyen d'atteindre les expériences pré-verbales, souvent par le biais d'une transgression des règles analytiques. Les prétendus phénomènes de transfert, qui ont pour le malade le plein impact de la réalité et défient l'interprétation, sont provoqués par des expériences émotionnelles très précoces, ou de très précoces fantasmes d'une force excessive. De plus, l'investissement excessif des pulsions revécues est responsable des effractions hors de l'analyse qui amènent le patient à des actions sur la réalité, itératives et de type psychopathique » (A. FREUD, 60). C'est comme de telles remises en acte que sont compris les actes impulsifs des jeunes patients des psychanalystes, en particulier aux Etats-Unis où une très abondante littérature leur est consacrée, après les travaux de GREENACRE en particulier (71, etc...).

Le terme finit par recouvrir deux catégories de troubles : les désordres impulsifs et les « acting out de transfert » bien spécifiques de la cure analytique orthodoxe, c'est ce qui fait l'objet de la session annuelle de l'association psychanalytique américaine à Chicago en 1956 (79). Les deux catégories de troubles n'ont pas de différence de nature mais doivent être dissociées pour la commodité d'emploi. En 1957, EKSTEIN et FRIEDMAN (*Acting out, Play action and Acting*) précisent le rôle des stades de développement du Moi, celui de l'éducation, de l'organisation des fonctions du Moi et des niveaux de communication. En 1962, au cours du symposium de Boston, est abordée l'étude de l'acting out du point de vue génétique. En 1963,

BELLAK fait une revue du terme, insistant sur le rôle de l'action motrice en génétique ; GREENACRE relie impulsivité et oralité, souligne le rôle de la vision, décrit la magie de l'action. En 1967, deux congrès sont consacrés à l'acting out, celui de Copenhague (60, 72, 80, 145) et celui de Paris (12, 33, 53, 56, 87, 108, 130), au cours desquels on revient avec insistance sur la nécessité de dénommer d'une façon particulière les actes impulsifs, malgré l'apport considérable qu'a permis pour leur compréhension la notion de départ, Agieren.

Le terme passage à l'acte revient donc à la psychiatrie en 1967, tout gonflé de sève psychanalytique ; les travaux sur les impulsions ont été très largement complétés par ceux dont l'impulsivité est l'objet, la notion centrale devient le déséquilibre psychique, ils couvrent un champ considérable de l'investigation psycho-pathologique.

Cette thèse doit se limiter à une tentative de mise en évidence de mécanismes simples, susceptibles d'apporter quelque éclaircissement aux actes impulsifs des malades hospitalisés dans des services libres de psychiatrie, sachant qu'interviennent à la fois l'impulsivité propre à la maladie (c'est la matière des premiers chapitres) et la relation thérapeutique hospitalière (ce qui appelle certains rapprochements, envisagés ensuite).

La définition de l'acting out donnée par LAPLANCHE et PONTALIS peut constituer un cadre d'usage commode : « les actions présentant le plus souvent un caractère impulsif, relativement en rupture avec les systèmes de motivation habituels du sujet, relativement isolable, dans le cours de ses activités, prenant souvent une forme auto- ou hétéro agressive », et constituant également un phénomène relatif à la relation thérapeutique dont il représente une tentative de rupture.

La difficulté sera toujours celle des limites imposables à la définition, comme le dit MINKOWSKI (57) : « la première question qui se pose est de savoir si l'acte présuppose nécessairement dans tous les cas un passage à l'acte... Sur la grande scène de la vie, il existe des actes sans passage, tel est l'acte spontané, à haute portée positive, rapide comme un éclair, accompli sans réflexion mais nullement irréfléchi pour autant ; c'est à retenir. Dans un domaine bien plus restreint, celui de notre spécialité, il est question de délire en actes ; il s'agit d'une profonde désorganisation de certains actes précis, sans qu'il y ait des idées délirantes nettes auxquelles ces actes se réfèrent et qui conditionnent un passage à ces actes ».

PREMIÈRE PARTIE

**LES PASSAGES A L'ACTE
DANS LA
SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE**

CHAPITRE II

LES PASSAGES A L'ACTE DE MÉCANISME SIMPLE

DÉMENCES - OLIGOPHRÉNIES - DÉLIRES CHRONIQUES

(1, 8, 26, 47, 49, 92, 104, 115, 121, 125, 133)

LES DÉMENCES

Deux types de troubles du comportement marquent la première phase de l'évolution : d'une part, les tentatives de suicide dans un contexte de dépression anxieuse avec d'éventuelles idées mélancoliques de culpabilité, ou un sentiment de déchéance et d'abandon souvent justifié ; une poussée d'angoisse déclenche un geste auto-destructeur souvent réussi, presque toujours grave. D'autre part, une hyperactivité sexuelle qui est une surcompensation, une défense de type maniaque contre le sentiment très angoissant de la perte de l'énergie génitale.

Les troubles ultérieurs répondent à la « déchéance éthique » ; qu'il s'agisse encore de conduites sexuelles inadaptées, la désinhibition faisant apparaître un comportement pervers (pédophilie, exhibitionnisme, homosexualité) ou une recherche effrénée d'objets normaux (mais l'impuissance habituelle aboutit à des relations sadiques ou masochiques), ou qu'il s'agisse de conduites anti-sociales, la défaillance du jugement et de l'autocritique lâche la bride aux tendances jusque-là interdites, tant dans la paralysie générale à sa phase médico-légale, que dans la maladie de Pick où la frénésie sexuelle et la gloutonnerie sont remarquables.

Le dément ne soumet plus les variations de son humeur et de son affectivité à la contrainte de la vie collective, « de même qu'un enfant capricieux et mal élevé » (1), en outre le déficit mnésique l'oblige à vivre dans l'immédiat et réduit son univers à l'action présente, en le privant de la représentation anticipatrice, il est ainsi ramené au règne du principe de plaisir.

On décrit à cette période une hyperactivité psychomotrice qui, avec la logorrhée, constitue une réassurance face à la désorientation. Le moindre incident, écorchant l'ambiance habituelle difficilement contrôlée, déclenche un sentiment angoissant d'insécurité et d'hostilité, le vieillard refuse de manger, et même de boire, il se met à hurler, cherche à fuir s'il le peut.

Les fugues et les divers autres actes pathologiques peuvent avoir d'autres motifs, en particulier l'existence d'un délire (ESQUIROL, LASÈGUE, SEGAS); mais ils apparaissent toujours comme puérils, niais, « instinctifs », réflexes.

Ces troubles diminuent ensuite, avec la réduction générale de l'activité et la perte de l'initiative motrice. Au repli sur soi, s'opposent alors des décharges motrices qui ne sont pas totalement dépourvues de sens et représentent souvent une tentative d'accrocher le monde, ou de s'accrocher à lui, avant le dernier stade d'automatismes stéréotypés de plus en plus élémentaires et l'immobilité rigide de la mort psychique.

LES OLIGOPHRÉNIES

La délinquance est classiquement fréquente chez les débiles mentaux, et il semble que l'importance des facteurs sociaux est directement proportionnelle au quotient intellectuel.

Les imbéciles sont « instables, désobéissants, anarchistes, suggestibles, irréfléchis, insoucians, inaffectifs » (104) et ces caractères d'impulsivité, de manque de jugement et de bon sens imprègnent les troubles du comportement, souvent facilités par un appoint éthylique ou un épisode délirant; les attentats à la pudeur, les fugues, les vols à l'étalage, les incendies répondent à des mobiles pauvres, ils sont exécutés sans précautions.

LES DÉLIRES CHRONIQUES

Les actes étranges ou anormaux des délirants chroniques sont le plus souvent cohérents et adaptés au milieu extérieur, ils recèlent un sens qui tient au délire même. Ainsi la tentative de suicide d'un persécuté est acte de défense, de provocation ou de vengeance, ainsi celle du grand mystique est holocauste ou acte cosmique. Les fugues

(celles des aliénés migrants de FOVILLE) ont été l'objet d'une abondante littérature, elles sont le prototype de ces actes raisonnés, voulus, accomplis avec une grande persévérance, mais bien souvent déclenchés par un incident aigu, éventuellement dans un climat d'angoisse, qu'il s'agisse d'un signe interprété comme hostile, ou d'une poussée aiguë de délire, tumulte angoissant où l'injonction hallucinatoire pressante (« Tue-le », « Casse tout », « Tue-toi », « Cou-teau », « Fenêtre ») ouvre la seule issue (Cotard, Revault d'Allones), qu'il s'agisse d'un syndrome d'influence où « les invisibles agissent par son corps » (125), l'acte est alors franchement impulsif, même si son déroulement ultérieur requiert la réflexion et le jugement.

Au total, le passage à l'acte dans ces trois séries d'états mentaux semble répondre à un mécanisme simple, dont les éléments mis en évidence sont : la défaillance, l'insuffisance ou l'absence congénitale du jugement éthique et de l'autocritique, entraînant l'insuffisance ou l'absence d'inhibitions de type social ; l'angoisse due à la perte du contrôle de la réalité, et la tentative de ressaisir celle-ci ; l'impulsion délirante, et plus particulièrement hallucinatoire ; le dérèglement de la psychomotricité ; l'impulsivité, sur laquelle on aura à revenir.

*
**

Le clastomane de FASSOU est un « débile émotif » ; après avoir brisé impulsivement une soixantaine de carreaux et dix tables de marbre dans le service de LEGRAIN, où il est hospitalisé, il finit par livrer son secret :

« Il a acheté, quatre ou cinq ans plus tôt, deux tables de marbre qu'il a transportées avec l'aide d'un ami, dans un local qui leur est commun, mais un jour les tables disparaissent, et le camarade aussi. Et le malade explique : « Ce n'est pas tant une question d'argent qu'une question d'amour-propre ; mon camarade s'est fichu de moi : je n'ai jamais songé à le frapper, car je suis un brave garçon ; mais, au lieu de le battre lui, je casse des tables ».

« Ou bien il voit une table de marbre, cela lui remet en mémoire la « saleté » que son camarade lui a faite, et la décharge brisante se produit, amenant avec elle un grand soulagement ; ou bien le souvenir de cette histoire désagréable lui revient spontanément en l'esprit, et gare aux tables, s'il s'en trouve à sa portée... Point d'analyse mentale : il n'en a pas le temps, l'idée de casser n'a pas été perçue par la conscience que déjà, le geste a été fait, et le malade est tout étonné d'avoir brisé un carreau ou une table... pour les tables, le motif est net, pour les carreaux, il est plus obscur, mais il doit exister ».

(*Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 1911.)

*
**

Mme C. a fait, à plusieurs reprises, des tentatives de suicides graves, dans un contexte de détérioration sénile. Les gestes auto-agressifs sont survenus soit à l'acmé de raptus anxieux où intervenaient peut-être des éclipses de la conscience d'origine vasculaire, soit au cours de périodes plus longues (plusieurs heures ou plusieurs jours) marquées par une angoisse panophobique, susceptibles également d'une étiologie artériopathique.

La première fois, après une journée de terreur et une nuit d'insomnie, elle profite d'une absence de son mari pour se pendre dans le grenier. Le geste impulsif, improvisé, inadapté, échoue et Mme C. est emmenée à l'hôpital. Quelque temps plus tard, elle rechute. Une angoisse aiguë survient alors qu'elle fait sa lessive, elle avale presque un litre d'eau de Javel.

Après restitution suffisante de l'état thymique et intellectuel, Mme C. est incapable de donner une explication plus ou moins logique de ses actes, elle n'y voit qu'une réaction à son angoisse très vive ; elle nie tout désir de mort, on ne note d'ailleurs aucune douleur morale, ni auto-accusation, ni même péjoration dans la vision de l'existence. Il n'y a pas de délire.

Les suicides paraissent ici constituer une fuite devant un danger global, et le moyen d'interrompre une angoisse insupportable.

CHAPITRE III

L'APPROCHE ORGANICISTE

AGITATION ET NEUROLOGIE LES FACTEURS CHIMIQUES ET HUMORAUX (26, 46, 81, 83, 127)

Trouver dans le système nerveux central la lésion responsable de l'agitation ou des troubles du comportement, c'était l'esprit d'une époque révolue, mais les recherches se poursuivent, avec des ambitions plus modestes.

Les théories les plus anciennes considèrent que tout comportement impulsif est un réflexe, c'est-à-dire la décharge d'un dispositif nerveux localisé, et plus ou moins pré-établi ; en cela, elles se réfèrent plus ou moins directement à la conception de WERNICKE et de KLEIST.

Le réflexe est déclenché mécaniquement, soit par un processus d'irritation, soit par une libération ou désinhibition fonctionnelle. « Le fonctionnement subit d'un centre ou d'un groupe de centres isolés » conjugué à « l'impuissance de la volonté à exercer son action d'arrêt » aboutit à l'impulsion, « mode d'activité cérébrale qui pousse à des actes que la volonté est impuissante à empêcher » (MAGNAN et LEGRAIN). Les centres psychomoteurs en cause sont d'abord localisés à l'aire prérolandique, puis au lobe préfrontal, selon l'idée de KLEIST, ce qui permet une explication unique des phénomènes épileptiques.

Ultérieurement, les troubles de base sont étalés sur un plus vaste champ, et les structures mises en cause quittent le cortex ; il s'agit des travaux de BECHTCHEREW, CANNON, BARD, MEYNERT, HESS, REICHARD, CAMUS, GUIRAUD, GAMPER, VAN BOGAERT, etc...

Les éléments nouveaux sont la mise en cause de la région bulbaire dans certains états d'anxiété (MOURGUE et MONAKOW, GUIRAUD, BROUSSEAU) ; les crises de Kakon des schizophrènes, dont le déclenchement est biologique : encéphalite anxigène de Targowla ; les « réactions catastrophiques » des lésions cérébrales (GOLDSTEIN), qui sont des explosions agressives accompagnées de vociférations, survenant à l'occasion d'un changement dans le milieu (« auquel le sujet ne peut faire face en raison de l'effondrement brutal de tout comportement catégoriel »). Ce type de réactions est souvent étroitement intriqué à ces états crépusculaires, « hyponoïques hypobouliques » décrits par KRETSCHMER.

A partir de ces données, sont construits des schémas physiopathologiques qui restent partiels, provisoires et hypothétiques. Le postulat directeur, c'est que la réalisation de troubles du comportement implique des structures anatomiques, centrencéphaliques, qui apparaissent alors comme déséquilibrées dans leur fonctionnement. On possède un abondant matériel expérimental concernant les troubles plus ou moins globaux des conduites provoqués par destruction ou stimulation du système rhinencéphalique : intérêt compulsif pour le milieu avec conduites à signification sexuelle, exacerbation fréquente de la sexualité et des conduites orales après ablation du rhinencéphale antérieur (amygdalien) ; activités automatiques oro-émotionnelles, boulimies désordonnées après ablations amygdaliennes ; expérimentations multiples sur la Sham-rage ; effets synchronisateurs et éventuellement épileptogènes du thalamus intra-laminaire à projection diffuse, etc... La variété des états d'agitation pourrait alors être comprise par la notion d'« accentuation fonctionnelle » de LERSCH et LOPEZ-IBOR, selon laquelle chaque comportement morbide, bien que mettant en jeu la totalité du système nerveux, prend un cachet particulier du fait de la prédominance de l'atteinte à un certain endroit, de façon plus ou moins élective.

L'accentuation diencephalique est réalisée par le délire aigu (au sens de GUIRAUD) : l'agitation continuelle, la sitiophobie, la « préhension suivie de crachement » de tout ce qui passe à portée du malade, sont compris comme résultat d'un élargissement de la zone réflexogène orale avec inversion des réflexes. De façon indirecte, au cours d'autres affections, et de façon directe, à l'expérimentation, les lésions du diencephale provoquent des états d'excitation pseudo-maniaque (FORSTER, BAILEY, FULTON, DAVID et HECAEN), ce qui est à rapprocher des théories diencephaliques de la manie (POTZL, DELAY, GUIRAUD), et des constatations d'états pseudo-hystériques avec logorrhée incohérente et syndrome de Ganser au cours des atteintes vasculaires ou tumorales de la région. Il s'agit essentiellement d'une avidité instinctuelle brutale, compulsive, rigide (à la différence de l'exaltation maniaque, syntone au milieu) associée à une extrême instabilité motrice. La crise d'agitation cesse brusquement, elle est amnésique.

L'accentuation mésencéphalique est réalisée par les séquelles d'encéphalite épidémique : troubles du comportement de type carac-

tériel et antisocial, avec explosions agressives. L'encéphalite « laisse à sa suite... un déchaînement de l'impulsivité, une hyperhormie, une agitation psychomotrice, avec tendance au mensonge, au vol, à l'impudeur sexuelle, aux mouvements furtifs et câlins, suivis parfois de véritables accès de rage pendant lesquels le sujet, comme une bête sauvage, ne cherche qu'à mordre, à griffer, à détruire tout ce qui lui tombe sous la main » (KRETSCHMER). DE MORSIER rapporte des phénomènes analogues après traumatisme crânien et invoque l'impact pédonculaire.

L'accentuation frontale, c'est la moria bien connue depuis JASTROWITZ, « le malade surexcité, volontiers érotique, accable l'examineur de plaisanteries caustiques mais frappées de puérilité » (AJURIAGUERRA et HECAEN); ce sont aussi les brusques éclats de colère, l'instabilité et l'intolérance caractéristiques des « réactions catastrophiques ».

L'accentuation temporale correspond essentiellement aux phénomènes agressifs de l'épilepsie temporale, et à ceux de l'épilepsie psychomotrice, mais on connaît en outre l'étroite association entre la personnalité épileptique et l'existence d'un foyer temporal (GIBBS, LENNOX, etc...).

L'accentuation extra-pyramidale est réalisée par l'encéphalite épidémique, certaines maladies systématisées, certains états toxico-infectieux et des évolutions démentielles (pseudo-sclérose, chorée de Huntington), elle comprend des troubles du tonus et du rythme moteur que Ey décrit comme « protopulsions kinétiques », ou « protopulsions instinctives », comportements impulsifs dans des tableaux pseudo-schizophréniques (hébéphrénocatatonie), anxieux (avec impulsivité auto-destructrice) ou caractériels pervers (avec libération massive et brutale d'automatismes instinctifs et émotionnels); certains tableaux catatoniques ont d'ailleurs été décrits comme liés au système extra-pyramidal (GUIRAUD, ROUSSET, GARAND).

Cette théorie de l'accentuation fonctionnelle a le mérite de tenter une explication globale des états d'agitation, mais elle pêche par plusieurs points : elle n'est pas adaptée aux conceptions actuelles de la neurophysiologie, beaucoup moins topologiques ; elle méconnaît la diversité des états d'agitation porteurs de significations particulières, irréductibles à un processus unique ; enfin, les conduites instinctuelles élémentaires sont déterminées non seulement par une structure sous-corticale mais également par la relation avec le milieu extérieur qui marque le comportement individuel : « phénomène d'empreinte » de LORENZ, action structurante des signaux du monde extérieur sur l'activité innée des systèmes anatomiques.

A l'heure actuelle on s'intéresse particulièrement au rôle de l'hypothalamus dans la genèse et l'organisation des séquences de comportement ; l'hypothalamus est en effet le lieu de convergence et d'interaction de plusieurs influences modulatrices, dont les plus importantes sont : la formation réticulaire activatrice mésentencéphalique ; les récepteurs humoraux ; le système limbique, qui intègre

l'information sensorielle présente à l'expérience passée, et a donc une influence déterminante dans toutes les circonstances où un facteur du milieu extérieur intervient, ce qui est le cas pour nombre de conduites agressives. En outre, il existe dans la région un système de récompense et un système de punition (STACHNIK, ULRICH, MABRY) qui déterminent l'alternative des deux attitudes fondamentales de l'organisme face à son environnement : l'approche ou le retrait. Le rôle du système limbique est démontré par l'effet des lésions de l'amygdale (nette diminution de la réactivité émotionnelle et sociale) et du septum (nette augmentation de cette réactivité). Ainsi il apparaît que le déclenchement d'une réaction d'agression est contrôlé par deux systèmes antagonistes : l'un comprend les structures nerveuses situées dans l'aire hypothalamique latérale et la région ventro-médiane du tegmentum mésencéphalique, l'activation de ce système se traduit par une attitude générale d'approche vers le stimulus ; l'autre comprend des structures péri-ventriculaires diencéphaliques et mésencéphaliques, son activation se traduit par une attitude générale d'évitement, de retrait. Autrement dit, le premier système, à l'inverse du second, exerce une influence facilitatrice sur le déclenchement et le déroulement de la réaction d'agression. Il importe toutefois de souligner qu'une même séquence comportementale, comme la réaction d'agression, n'a pas toujours la même signification biologique et qu'elle est donc dépendante d'autres déterminants physiologiques.

L'hypothalamus est depuis longtemps l'objet préféré des recherches organicistes, du fait de sa position entre système nerveux central et système endocrine. Ainsi, KRETSCHMER écrit que l'impulsivité est un phénomène qui dépasse l'encéphale et tient également, et pour une part essentielle, aux influences humorales, au chimisme du sang (hormones, substances d'origine exogène, etc...) ; ainsi l'insuffisance thyroïdienne ou surrénale fait considérablement baisser le niveau de l'impulsivité et leur excès entraîne une hyperhormie ; il y a également le rôle important des glandes sexuelles. Si l'impulsivité ne trouve pas sa source dans le cerveau, elle en « traverse » deux niveaux : les lobes frontaux et le système pallio-strié ; elle siège probablement dans le mésencéphale en raison de la proximité anatomique du système neurovégétatif (et par là de l'affectivité), et surtout en raison de l'existence de troubles neurovégétatifs et dysglandulaires dans le parkinsonisme grippal.

« Pour que l'individu soit capable de s'assimiler, de s'incorporer les principes qui lui sont inculqués au nom de la morale traditionnelle, il doit exister un noyau de prédispositions affectives élémentaires rangées probablement dans l'ordre biologique et antagonistes de l'instinct et de son inhibition ; ces prédispositions élémentaires, à leur tour, font probablement partie du circuit d'action qui s'effectue entre la base du cerveau et l'appareil endocrine ; leurs troubles peuvent avoir pour causes des insuffisances consécutives soit à des processus encéphalitiques précoces ayant porté principalement sur la base du cerveau, soit à des insuffisances des appareils endocrines...

[celles-ci] exercent une profonde influence sur le développement moral en donnant naissance à l'insociabilité passive (eunuchoides, certains crétins), et sur les points cardinaux de la vie sexuelle » (83). BARUK parle du conditionnement hormonal de l'agression en se fondant sur l'agressivité et l'érotisme de la femelle hyperfolliculinémique, et sur la haine décrite dans les « psychoses hyperfolliculiniques ». Là encore, le temps a apporté la modestie et le rôle joué par les hormones dans les troubles du comportement n'apparaît plus aussi simple : on parle encore de l'expansivité plus ou moins importante au cours des hyperfolliculinies, de l'agitation pseudo-maniaque de certaines psychoses hypoparathyroïdiennes aiguës (GOTTA et ODORIZ) et de la maladie de Basedow (DELAY et BOITELLE). Mais on s'attache surtout à l'action des toxiques.

L'alcool a un effet désinhibiteur très classique ; la simple ivresse est marquée par l'excitation psychomotrice, les ivresses pathologiques offrent des troubles plus marqués, jusqu'au grand état d'excitation, d'ivresse excitomotrice de GARNIER ; enfin on connaît son rôle facilitateur majeur dans les passages à l'acte variés des diverses maladies mentales.

La cocaïne produit une hyperactivité et une tendance marquée à l'irritabilité et à l'agressivité ; le chanvre indien produit, d'après les classiques (LEWINE), les mêmes impulsions agressives, allant jusqu'au délire meurtrier des toxicomanes du « Vieillard de la montagne » ; les travaux plus récents montrent qu'il joue tout au plus un rôle désinhibiteur et euphorisant, et qu'au contraire il tend à réduire l'agressivité (SAMI-ALI).

Enfin, un certain nombre de médicaments donnent des syndromes d'excitation : les corticoïdes (TAYLOR et MORRIS, GLASER, ALLIEZ et SAVY), les amphétamines (MARTIMOR et NICOLAS-CHARLES), les antidépresseurs IMAO et tricycliques : l'effet très désinhibiteur de l'imipramine est classique, avec le risque important de passage à l'acte qu'il amène ; enfin, les tentatives de suicide sont fréquentes au cours des psychoses aiguës exogènes (lysergamide).

Au total, l'évolution des idées se fait de la conception atomiste, avec son ambition démesurée et les simplifications outrancières qu'elle implique entre impulsivité, hyperkinésie et instabilité motrice, domaines voisins mais non identiques, vers une émancipation des structures, des neurones à la fonction ; assortie d'une prudence et d'une rigueur accrues, la conception actuelle n'est cependant pas beaucoup plus féconde pour le clinicien qui reste le témoin ignorant de l'action des médicaments ou des « pointes et tracés immatures » à l'électro-encéphalogramme (32).

*
**

« Le 2 juin 1898 (elle avait alors 35 ans), Mme B. était en train de faire son ménage dans la salle à manger. C'était le matin vers 10 heures, son mari fatigué dormait tout habillé sur un lit dans la chambre voisine. Subitement, sans prodromes d'aucune sorte, sans que rien, à entendre la malade, n'ait pu faire prévoir ce qui allait arriver, l'idée (et non le désir) lui vint de prendre un couteau à découper, rangé dans un tiroir du buffet et d'aller en frapper son mari. Sans résister à cette idée, sans savoir, dit-elle, ce qu'elle faisait, c'est-à-dire sans calculer les conséquences de l'acte qu'elle allait commettre, sans en prévoir autrement les moyens d'exécution, comme mue par une puissance étrangère et impérieuse, Mme B. prit le couteau dans le tiroir où elle le savait être, passa sans hésitation ni sans précipitation dans la chambre voisine et plongea son arme dans le cou de l'homme qui dormait. Elle n'a pas choisi la place, elle a frappé au hasard, et le coup, dit-elle, aurait aussi bien pu porter sur l'oreiller que sur la victime. Au sang qui giclait, aux cris poussés par son mari, elle « revint à elle-même », selon sa propre expression, c'est-à-dire qu'elle comprit ce qu'elle venait de faire. Se lamentant, elle demanda pardon, criant : « Mon Dieu, qu'ai-je fait ! »...

« Le 29 novembre de cette même année, le soir vers 4 heures, étant seule à la maison, ayant, comme d'habitude, préparé son dîner, elle se sent vaguement inquiète, désireuse de voir rentrer son mari, elle ouvre la fenêtre pour le guetter, quand, dans une sorte d'automatisme vigilambulique, plus dépourvu encore que la première fois de toute apparence d'idée directrice préalable, sans même comprendre ce qu'elle voulait, sans prévoir pour ainsi dire ce qui allait arriver, elle enjambe la balustrade, reste un moment debout sur l'entablement, puis se laisse tomber dans le vide... »

« Plus nettement encore que l'impulsion homicide, la défenses-tration a pris les caractères de ce qu'on appelle une impulsion motrice pure, « la représentation qui a déterminé l'acte s'étant transformée en cet acte avant de s'être levée en pleine lumière au-dessus du seuil de la conscience (KRAFT-EBING) »... Jamais, ni avant, ni après... la malade n'a présenté d'autres impulsions ni des obsessions d'aucune sorte... [Il ne s'agit pas non plus d'épilepsie et on conclut qu'il s'agit] d'actes impulsifs commis sous l'empire d'une sorte de dissociation brusque et brève de la personnalité due à des excès alcooliques longtemps prolongés, et commis par une personne particulièrement fragile ».

(TRUELLE, *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 1912.)

CHAPITRE IV

L'ÉPILEPSIE ET L'APPROCHE ORGANODYNAMIQUE

(3, 8, 26, 38, 46, 50, 52, 83, 92, 115)

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT DES ÉPILEPTIQUES

Les conduites scandaleuses, violentes et brutales des comitiaux sont bien connues, elles forment un ensemble très hétérogène et pourtant très difficile à ranger. Leurs caractères communs seraient : l'impression pour le spectateur que l'acteur est étranger à son acte et comme coupé de lui ; l'amnésie totale, rendant toute évocation impossible et expliquant le refus de l'épileptique de reconnaître comme sien l'acte qu'il vient de commettre ; mais ce caractère d'amnésie est loin d'être la règle, et on a accès au vécu critique par un récit oniroïde obscur et angoissant, relatant un comportement parasite irrésistible, mais que son caractère symbolique relie plus ou moins clairement à l'existence antérieure.

Les délires impulsifs de G. BALLET sont des séries d'actes délictueux à l'occasion du fléchissement paroxystique de la conscience, homicides, vols, incendies, crises d'exhibitionnisme ; mais ces troubles, tantôt soudains et incompréhensifs, tantôt en relation directe avec des états affectifs personnels, conscients et significatifs, sans violence paroxystique, sont en fait insystématisables.

Les états d'agitation : fureur épileptique, aveugle, stéréotypée et automatique, amnésique, ou états confuso-oniriques, survenant dans la phase post-paroxystique, sont marqués par des réactions explosives et une grande impulsivité.

Les violences instantanées de l'épilepsie psychomotrice sont plus cohérentes, « tout se passe comme si la conduite était inéluctable, d'un seul tenant, se déroulant sans tenir compte de l'ambiance qui la subit comme un cataclysme imprévisible » (3).

Le comportement suicidaire global est actif (5 à 10 % des épileptiques se suicident, la moitié d'entre eux récidivent) (38); il est polymorphe: suicide impulsif, inconscient, et amnésique, de la confusion post-paroxystique; suicide impulsif, conscient et mnésique de l'épileptique caractériel, dont la signification est à la fois auto- et hétéro-agressive; suicide impulsif, conscient et mnésique à motivation hallucinatoire, pré- ou post-paroxystique, suicide au cours d'un épisode dépressif aigu; suicide réactionnel enfin, refus réfléchi et logique d'être plus longtemps un épileptique.

Les fugues ont fait l'objet d'une littérature très abondante (VOISIN, RAYMOND, PARANT, KOVALEWSKI, JOFFROY et DUPOUY, DELBREIL, SOUS, SAINT AUBIN, FRENKEL, GEHIN, ARDIN-DELTEIL, MONIER, MAXWELL, HAMELIN), elles témoignent clairement de la diversité des actes épileptiques, à deux points de vue: au point de vue physiopathologique, elles constituent un prodrome, ou une aura motrice ou hallucinatoire, un acte automatique, un événement confusionnel post-paroxystique, plus ou moins eupraxique, ou un signe d'épilepsie partielle, ou elles surviennent en dehors de tout phénomène critique (« épilepsie impulsive » ou « larvée »); au point de vue sémiologique, elles participent à un état d'excitation, ou elles sont la poursuite inconsciente et amnésique du trajet en cours lors de la survenue d'une absence, ou elles sont un vagabondage impulsif (PITRES) associé à des troubles de la conscience plus ou moins profonds, et fréquemment peuplé d'hallucinations. Ici encore, toutes les tentatives de classement n'aboutissent qu'à deux conclusions: « L'automatisme de l'épilepsie procursive est un degré inférieur de déambulation qui ne constitue pas une véritable fugue » (115). Les déambulations épileptiques n'ont en commun que les caractères généraux des phénomènes épileptiques: impulsion instantanée irrésistible; inconscience plus ou moins profonde dont témoigne l'amnésie presque constante, profonde et de tonalité très particulière; manque de coordination, de but, de persévérance dans les actes moteurs; début et fin brusques, stéréotypie fréquente des épisodes.

Enfin on observe des accès dipsomaniaques, boulimiques ou satyriasiques, des violences clastiques, des comportements d'anxiété, de jeu, de frénésie, voire des états obsessionnels paroxystiques, « c'est toute la gamme des impulsions que l'épilepsie déroule aux yeux du clinicien » (45). Et l'approche descriptive, aiguillonnée par la nécessité d'établir l'irresponsabilité médico-légale, s'enlise autour des critères centraux que DUCOSTE résume dans sa thèse: instantanéité, soudaineté, imprévisibilité du début; violence des actes impulsifs, dirigés par une idée qui accapare la vie psychique, échec de l'hypnotisation, ce qui tranche avec les états seconds hystériques; périodi-

citée, identité des attaques, terminaison brusque avec fatigue morale et physique ; association à de « petits signes comitiaux » et au caractère épileptique.

L'APPROCHE PSYCHOLOGIQUE

Elle est une conséquence logique du défi lancé par ces troubles du comportement à la psychiatrie descriptive, approche solidement jalonnée d'ailleurs, à partir des relations qu'entretiennent la crise généralisée et les troubles caractériels.

La crise survient chez la plupart des malades dans des circonstances particulières d'heure, de lieu, dans des périodes définies de leur existence, ce qui leur permet de pressentir sa survenue prochaine ; déjà JACKSON avait le sentiment que la crise convulsive a une valeur résolutive d'un certain état de tension. L'épileptique appelle la crise comme si l'absence prolongée de convulsions devait avoir un effet fâcheux sur son équilibre psychique. Et l'évolution de la maladie se fait ainsi dans un balancement périodique entre des moments où les crises sont fréquentes, et des moments où les troubles caractériels sont intenses, comme si les uns évitaient les autres ; c'est d'ailleurs une constatation fréquente qu'un traitement neurologique efficace aggrave les troubles du caractère. La crise est vécue comme une décharge bienfaisante, « pseudo-orgastique » (45), et de ce fait elle survient à l'acmé d'une période d'exacerbation sexuelle qui se manifeste par des actes normaux ou pervers, au centre du syndrome de tension psychosomatique pré-critique. FREUD souligne cette notion économique de résolution dans son étude sur DOSTOIEVSKY.

Le rôle des émotions dans le déclenchement de crises généralisées, de fugues ou de bouffées confuso-oniriques, est également classique depuis l'« affect-épilepsie » de BRATZ et KRAEPELIN ; WILLIAMS voit dans beaucoup d'automatismes le prolongement d'ictus émotionnels anxieux, CAVENERS et LIBERSON considèrent que ces ictus émotionnels, avec vive angoisse de dépersonnalisation, peuvent déterminer des ictus convulsifs (hyperexcitabilité globale, formation excessive d'acétylcholine et de noradrénaline, création d'états épileptogènes dans les régions centrales qui participent à la régulation des processus émotionnels). La crise épileptique apparaît ainsi comme la parade à une « terreur interne » (MACRAE) qui ne peut s'exprimer. Ces éléments émotionnels de l'épilepsie temporale sont retrouvés à un moindre degré dans les dreamy states de l'épilepsie sensorielle (HECAEN, AUDISIO).

Les relations qui existent entre épilepsie et hystérie, associations ou véritables formes de passage, vont dans le même sens d'ouverture à la compréhension psychologique.

La périodicité relevée entre les crises et les troubles caractériels en recouvre une autre plus courte, à l'intérieur même des troubles

du caractère ; c'est entre la morosité figée, visqueuse, et l'énervement coléreux et agressif, l'oscillation relevée par WALLON (bipolarisme), PIAGET, MINKOWSKI, GASTAUT, EY. L'explosion vers quoi tend la stase existentielle peut être aussi bien une crise tonico-clonique, un acte médico-légal, ou un épisode psychotique ; ces troubles sont à mettre en parallèle, tous dirigés dans le sens d'une résolution de la tension intra-psychique, selon le principe de plaisir.

LE CAS JEAN-PIERRE

Eclatant soudainement sur le mode d'un obscurcissement partiel de la conscience, que EY situe à un niveau de destructuration intermédiaire entre les états maniaco-dépressifs et les états confusonoïriques, l'état crépusculaire met l'épileptique dans une situation d'obéissance passive à une pulsion vers un acte déterminé. Un fait est remarquable : le sujet est obnubilé, prisonnier de sa tendance, incapable de tenir compte des obstacles du milieu, et pourtant il parvient à contourner ces obstacles pour porter jusqu'à son terme l'acte, qui est souvent d'une effroyable violence. Les repères spatiaux persistent, il n'y a pas de confusion vraie, il n'y a pas de parenthèse dans l'histoire existentielle, l'obscurcissement du champ de la conscience, quelle que soit sa qualité exacte, le met dans la possibilité de passer à l'acte au même titre que l'ivresse, et l'acte peut être rattaché plus ou moins facilement aux schémas fantasmatiques, aux relations affectives conscientes ou inconscientes habituelles.

Jean-Pierre est alors, à 60 ans, un épileptique non traité, dont la maladie s'est modifiée progressivement depuis un an, de par l'affaiblissement intellectuel et les troubles caractériels croissants. Après une série de crises tonico-cloniques et d'arithmomanie, puis une période de quelques jours d'obnubilation et de délire onirique angoissant, Jean-Pierre est de plus en plus excité et, à l'occasion d'un incident sans importance, une altercation à propos de la chatte, il renverse sa mère, la frappe à coups de chaise puis à coups de talon ; le meurtre est probablement accompagné d'orgasme.

EY décrit la baisse notable du niveau psychique, l'obscurcissement d'une conscience envahie par des contenus terrifiants et douloureux, qui conditionnent la décharge brutale de la tension agressive et incestueuse dans une impulsion sanguinaire. « Qu'il soit possible de rattacher cette jalousie vindicative inconsciente à une fixation érotique à sa mère, du type œdipien, cela paraît hors de doute et de discussion. Telle est, à notre sens, la signification profonde de l'acte criminel commis par Jean-Pierre » (50).

LES THÉORIES ORGANODYNAMIQUES

La destructuration du champ de la conscience, qui caractérise les psychoses aiguës « en déchaînant l'imaginaire, libère les pulsions inconscientes et tous les automatismes qui lui sont liés. L'exemple des états crépusculaires épileptiques est à cet égard crucial. Somme toute, dans ces cas, l'agressivité contenue à l'état latent dans la structure du champ de la conscience bien organisé, se décharge dans un système d'images, de délire et de cauchemars » (Ey).

Ce sont, après celle de JACKSON, toutes les conceptions organodynamiques qui reposent sur l'idée que « la maladie libère des forces profondes... » appartenant à des degrés inférieurs d'organisation. « Tandis que dans les crises convulsives, la dissolution atteint la couche profonde de la motilité amyostatique et libère des forces rythmiques, toniques et cloniques, de comportement archaïque, ayant tous les caractères de la motilité réflexe, les états crépusculaires, les attaques de petit mal, les équivalents, etc... déchargent l'énergie psychique en constellations psychomotrices moins dégradées, plus significatives, plus infiltrées d'intentionnalité personnelle. Tel est le schéma fondamental de la théorie jacksonienne des dissolutions comitiales... (50)

CHAPITRE V

LE POUVOIR DU JEU CONTRE L'ANGOISSE

MANIE - DIPSO ET SITIOMANIE - IVRESSE

(4, 8, 18, 26, 27, 93, 115, 122, 133)

L'ACCÈS MANIAQUE

Tout entier construit autour de l'action ludique sur la réalité, l'accès est annoncé par une évolution du comportement, qui devient plus actif, par un « besoin d'action » (PETIT), de mouvement, qui provoque assez souvent des fugues ; il faut noter à ce stade l'éventualité d'impulsions dipsomaniaques.

A la phase d'état, c'est une agitation motrice inlassable, « les mouvements sont brusques, tumultueux, désordonnés, incessants ; parfois ils sont en rapport avec le cours des idées, d'autres fois il paraissent automatiques » écrit MAGNAN, « les malades crient, courent en tous sens, sautent, font des culbutes, se roulent à terre, soulèvent des objets, les renversent, etc... Ils chantent, cassent ce qui tombe sous leurs mains, se déshabillent, se rhabillent, déchirent leurs vêtements ». La désinhibition sexuelle peut être à l'origine de manifestations nettement perverses, chez des individus dépourvus de telles tendances en période intercritique (exhibitionnisme, homosexualité, pédophilie), elle est à son comble dans l'état de fureur maniaque (furies lubriques de RÉGIS) dont on sait quelle violence clastique il comporte par ailleurs. A l'extrême opposé, l'hypomanie est caractérisée par les actes impulsifs en coup de tête : achats,

voyages, changements de résidence ou de profession, parfois aussi incidents médico-légaux.

Dans cette mise en actes immédiate et incessante apparaissent les deux tendances fondamentales : l'euphorie érotique et l'agressivité forcenée, contenues à l'état normal, déchaînées, libérées ici par un processus que l'on peut voir de différentes façons : dissolution mineure de la conscience avec affaiblissement ou abolition des fonctions de contention (c'est-à-dire désinhibition) et ruée instinctivo-affective tumultueuse ; régression marquée par l'émancipation des pulsions vis-à-vis du Moi, double mouvement d'objectivation des fantaisies et de subjectivation de l'ambiance dans l'ivresse d'un jeu que le malade projette devant lui, « hors de lui », c'est-à-dire réalisation du fantasme (par la mise en actes) et en même temps fuite devant la réalité ; dérèglement hypophysaire (ABELY) ou hypothalamique (GUIRAUD). Ces trois points de vue ne sont pas incompatibles et ils restent en situation dans un autre phénomène, celui des impulsions dans la zone de l'oralité.

DIPSOMANIES, SITIOMANIE

Leurs relations avec la psychose maniaco-dépressive sont connues de longue date, dans les cas où ils ne constituent pas l'un des troubles d'une série obsessionnelle patente (G. BALLET). La malade de MAGNAN, qui par deux fois a souffert de dépression grave, « éprouve tout à coup le désir de manger. Tous les aliments lui étaient bons. Elle avait beau se lamenter, se reprocher sa glotonnerie, elle ne s'en corrigeait pas ; les journées et les nuits se passaient à manger. Désespérée, et ayant le sentiment très net que par ses seules forces elle ne triompherait jamais de l'impulsion, envahie par des idées de suicide, elle demanda même son placement dans un asile. Son état s'améliora rapidement » (4). De tels tableaux, comme ceux de certains accès dipsomaniaques, évoquent à la fois un véritable équivalent suicidaire et un formidable déploiement de moyens de défense (pervers) contre cette angoisse qui marque la période prodromique de l'accès, comme elle sous-tend l'accès maniaque (et l'accès mélancolique) et certaines fugues (LAIGNEL-LAVASTINE et KAHN). Le lien peut se faire à un autre niveau : « la dipsomanie, les troubles de la sphère sexuelle, les impulsions dromomaniaques sont les manifestations d'une même atteinte des différents centres végétatifs de l'hypothalamus... Le dipsomane ne boit pas pour se remonter, il est déprimé et il boit parce que le trouble a son origine dans une région anatomique (le carrefour hypothalamique et pédolaire) qui commande en même temps l'humeur et l'instinct de la soif » (18).

L'IVRESSE

La recherche, même impulsive, de l'ivresse, n'est pas assimilable à la dipsomanie (pour la simple raison que le dipsomane ne recherche pas l'ivresse). D'autre part, l'ivresse est un comportement beaucoup moins spécifique. Elle a pourtant des rapports étroits avec les impulsions orales et avec la manie.

D'une part, elle répond à l'existence d'une angoisse qu'elle efface par l'effet direct, euphorisant de l'alcool, et par la désinhibition due à l'alcool qui permet un jeu comparable au jeu maniaque. La réaction à l'angoisse se fait au même niveau oral que dans la dipsomanie et la sitiomanie. D'autre part, elle est très liée à la conduite suicidaire, qu'il s'agisse d'ivresse massive ou d'ivresse légère ; LASÈGUE dit que « le suicide est un des éléments de l'alcoolisme ; en renversant la proposition, on peut dire que l'alcoolisme est un des éléments du suicide » ; en effet « l'alcool a pour effet de donner la force, ou plutôt le manque de contrôle de soi et de résistance instinctive, la confusion légère nécessaires au suicide » (115). On admet que 40 à 50 % des suicides pathologiques ont lieu en état d'ivresse (SERIN, PIKER, MOORE, GRANTE). Par ailleurs, on sait quelle facilitation elle fournit aux passages à l'acte quels qu'ils soient, de la déclaration amoureuse à l'hétéro-agression, jusqu'aux états d'agitation (ivresse excito-motrice de GARNIER).

Au total, dans l'accès maniaque, dans les impulsions orales et dans l'ivresse, sont à l'œuvre, selon un agencement varié, le trouble hypothalamo-hypophysaire, la désinhibition, l'angoisse ; le passage à l'acte est nécessaire dans les trois cas : le maniaque se nourrit de la réalité ; le dipsomane et le sitiomane se nourrissent de façon archaïque et relativement inadaptée, la prise d'aliments ou de boissons répondant aux premiers besoins, aux premières angoisses ; l'individu ivre se nourrit de façon archaïque mais relativement adaptée, puisqu'il obtient l'euphorie et le jeu. Tous trois jouent avec la mort.



Chez M. B. la psychose maniaco-dépressive est de plain-pied sur les traits de caractère, qui sont presque tous de la série orale et dont les plus marquants sont l'instabilité et les difficultés relationnelles. Les périodes intercritiques sont assez souvent marquées par des bordées impulsives, éthyliques ou érotiques, qui sont bien des fugues dipsomaniaques.

L'hospitalisation actuelle est la conséquence inévitable d'une série de conduites auto-destructives professionnelle, familiale et médicale, sans dépression mélancolique ; limogé, en instance de

licenciement, il a accepté assez volontiers d'entrer à l'hôpital pour réduire à des doses courantes la prise quotidienne de lithium dont il fait un usage massif en raison de l'absorption impulsive de boissons, non alcoolisées pour la plupart, qui entraîne une grande polyurie.

Sa femme, écrasée par quinze ans de vie commune, l'échec du mariage, les accès, les absences et l'inaffectivité des périodes intermédiaires, les conflits avec la génération précédente, les responsabilités, en particulier celle des enfants, a décidé de quitter M. B., et c'est le centre des préoccupations de celui-ci.

Ce dimanche matin, il demande inopinément une permission mais quand il arrive chez lui, sa femme lui annonce qu'elle va déjeuner avec des amis, et que les enfants sont sortis. M. B. passe sa journée à boire de la bière dans les établissements qui jalonnent le chemin du retour à l'hôpital. A la nuit, revenu dans sa chambre, il tombe et s'ouvre l'arcade sourcilière. Le commentaire global qu'il fait ensuite de l'événement est assez expressif : « je voudrais vomir ma vie ».

Il s'agit d'une prise impulsive de boisson qui n'est pas tout à fait dipsomaniaque car le combat contre la tendance a été bref, et d'une recherche soutenue de l'ivresse ensuite. La conduite est théâtrale, appelant l'attention de la famille et de l'équipe soignante. Elle comporte un aspect hétéro-agressif vis-à-vis de l'épouse (voilà ce que tu fais de moi en me rejetant) et, à un moindre degré, vis-à-vis de l'équipe, qui n'a pas pris son parti ; elle comporte un aspect auto-agressif, qui prolonge le comportement antérieur, c'est la honte d'être vu ivre-mort par ses voisins, l'humiliation d'être bien cet alcoolique qu'un malade un peu pervers l'accusait d'être, la blessure au front enfin ; c'est aussi la recherche inconsciente active d'une punition (il s'est engagé à ne pas boire à l'excès pendant ses permissions, sous-entendant qu'il aimerait les voir supprimées dans le cas contraire), enfin, la cause déclenchante de la conduite impulsive semble bien être le départ de sa femme, réactivant l'angoisse de sa situation, réellement dramatique.

Cette conduite devait, en principe, amener une régression dans sa situation à l'hôpital : renforcement des interdits, maternage compensateur ; cette régression lui a été refusée, néanmoins il semble que l'acte en lui-même ait évité une évolution de l'humeur, dans un sens ou dans l'autre.

*
**

Après une nuit passée à battre la campagne, dans un état d'excitation maniaque très imprégné d'interprétations à thème de persécution, M. V. passe sa matinée à des activités stériles, il refuse de déjeuner et met à la porte sa femme et sa fille. Il mange

peu, boit de façon très inhabituelle du vin et du calvados, puis il s'installe devant la télévision, où l'on joue un film de guerre. Lorsque les dames reviennent, elles trouvent la porte close ; elles appellent le voisin à la rescousse mais M. V. refuse d'ouvrir, et lance même quelques menaces. Quand les pompiers arrivent, il transperce la porte à coups de sabre en hurlant des imprécations, on le découvre à moitié nu, grotesquement déguisé en militaire, il affirme être un dangereux espion, et on a de grandes difficultés à le maîtriser.

Plus tard, il expliquera qu'il croyait vraiment qu'il s'agissait de cinéma, lui-même et ses assaillants étaient les acteurs du film de la télévision ; cette distorsion de la réalité se retrouvera à un stade ultérieur d'élaboration secondaire, dans une tentative d'explication de ce type : « ou alors, j'ai cru que c'étaient des copains qui s'étaient déguisés pour me faire une farce, comme on en fait souvent » ; toute intention agressive est farouchement niée.

L'acte impulsif est en syntonie parfaite avec le milieu (le film télévisé) et même avec la réaction de l'entourage...

On note également le rôle important d'une ivresse légère.

CHAPITRE VI

LES ACTES INCOMPRÉHENSIBLES

ÉTATS PSYCHOTIQUES AIGUS - SCHIZOPHRÉNIE

(2, 8, 20, 26, 41, 49, 51, 92, 105, 115, 133)

LES ÉTATS PSYCHOTIQUES AIGUS

On observe un certain type de troubles du comportement dans des états aigus d'étiologies fort diverses, qu'on peut grouper sous les termes de syndromes confuso-oniriques, bouffées délirantes, poussées aiguës des psychoses chroniques, etc..., ces états sont marqués par la détérioration des fonctions intellectuelles supérieures, la désorientation temporo-spatiale et la production onirique ou hallucinatoire ; par dessus tout, ils comportent une grande angoisse.

« Tantôt le malade est figé, stuporeux, tantôt brusquement il devient agité, bruyant, gesticulant ; ses propos sont désordonnés ; il sort de son lit, confond la fenêtre et la porte ; une surveillance étroite devient indispensable, les risques de fugue, de blessures ou de défenestration étant réels ».

Les causes de cette agitation sont diverses, mais en étroite corrélation. Au premier rang, il s'agit de la confusion : l'obscurcissement de la conscience fait que l'ambiance est perçue dans une pénombre crépusculaire et menaçante ; le sentiment d'hostilité indéfinie appelle immanquablement l'agression défensive (même si ce sentiment d'hostilité n'est que la projection de la culpabilité de l'individu). Le trouble des fonctions supérieures affaiblit plus ou moins fortement les inhibitions de type social et éthique. D'autre part, la production

onirique ou hallucinatoire est bien souvent terrifiante, elle est vécue elle aussi comme une agression. L'angoisse, qu'elle soit la cause, l'effet ou l'accompagnement des autres troubles, est accrue par l'isolement et l'obscurité, qui augmentent la désorientation et facilitent la production psychotique ; elle évolue d'instant en instant et représente le facteur déclenchant dans la plupart des cas. Enfin, il faut faire une place à l'instabilité motrice.

Le comportement organisé le plus caractéristique de ces états, c'est la fugue (travaux de LASÈGUE, VOISIN, MAGNAN, DROUET, DUCOSTE, JOFFROY et DUPOUY, PARANT, etc...). Elle répond à la fois au malaise physique, à l'instabilité psychomotrice, à l'angoisse qui peut atteindre le degré de raptus panophobique, à l'envahissement hallucinatoire ; il faut fuir, par n'importe quel moyen, dans n'importe quelle tenue. Dans ces conditions, des accidents sont possibles, le malade sortant par la fenêtre ; mais on peut observer des suicides, en tant que moyen de fuite ou en tant que tendance plus déterminée par l'état psychiatrique profond, éventuellement par l'intermédiaire d'hallucinations (« tue-toi »). LEMPÉRIÈRE et DES LAURIERS, comme DESHAIES, indiquent que 10 % des malades confus hospitalisés ont un ou plusieurs suicides dans leurs antécédents. Les agressions dépendent du même déterminisme.

LES SCHIZOPHRÉNIES

L'ampleur des aspects cliniques du comportement, l'impossibilité de reconnaître des schémas déterminants généraux dans leur étiopathogénie, obligent à une énumération descriptive assez arbitraire.

La période médico-légale, qui marque classiquement le début de la maladie, offre au moins deux aspects : soit qu'il s'agisse de troubles du comportement, d'allure caractérielle ou psychopathique, dans des actes égoïstes, cyniques ou impudiques, dévergondés ou délinquants, qui peuvent se comprendre dans l'optique d'une régression dysharmonieuse affectant d'abord (à cette période) le Moi et le Surmoi ; soit qu'il s'agisse des fameux crimes immotivés, ou d'actes analogues, qui laissent supposer un calcul, une exécution habile, mais dont les observateurs ni l'acteur lui-même ne peuvent comprendre la cause déclenchante (GUIRAUD, KLEIN, WILMANNs).

Certaines formes cliniques sont à rapprocher de cette forme de début, comme l'héboïdophrénie de GUIRAUD (20), bien difficile à séparer de la forme décrite ci-dessus (« un certain nombre de fous moraux sont des déments précoces à la période prémonitoire de leur affection », 2) ; les crises de schizomanie (selon la conception de Claude), paroxysmes de la bouderie habituelle, états d'exaspération ou de fureur avec des impulsions violentes, qui apparaissent a posteriori comme une expérience émotionnelle intense à un niveau

de régression modéré ; les états d'excitation atypique, avec une agressivité impulsive ; les états dépressifs atypiques, émaillés de suicides, d'auto-mutilations, dans un climat de panique énigmatique (DUPOUY et RICHARD).

A la période d'état, en contraste sur le fond d'apathie négativiste, font irruption des comportements impulsifs issus des profonds ; des actes peuvent apparaître également au cours de raptus émotionnels dont le déterminisme échappe à l'observation superficielle.

La vie sexuelle s'étale de façon très directe, du fait d'une désinhibition ou d'autres mécanismes plus obscurs, certaines activités sont quasi-automatiques ou compulsives : masturbations effrénées, exhibitionnisme ou sadisme ; ailleurs c'est une hyperactivité, recherche surcompensatoire du contact avec autrui, dont la mise en acte est plus ou moins complète ; elle prend souvent la forme du donjuanisme ou de la nymphomanie.

Les suicides impulsifs apparaissent souvent en relation avec une bouffée d'angoisse, nue, délirante ou hallucinatoire, à tous les moments de l'évolution, plus surprenants au début, où ils paraissent immotivés, et à la fin des accès, dus à l'athymhormie et aux difficultés de réinsertion. Les tendances suicidaires sont en fin de compte relativement faibles (DESHAIES, JANTZ), 10 % environ des schizophrènes ont une ou plusieurs tentatives dans leurs antécédents. S'ils sont assez rares, ils sont par contre souvent graves (2 % des schizophrènes se tuent dans les 30 ans qui suivent leur première hospitalisation) (38) ; les moyens sont banals et circonstanciels, mais la bizarrerie et l'anesthésie apparente sont bien connues ; les thèmes y rapportés sont dépressifs ou délirants, la tentative de suicide, quand elle échoue, améliore cependant l'état mental du sujet, assouvissement de la culpabilité et des pulsions agressives ou effet thérapeutique de choc ? Il faut rapprocher des suicides les auto-mutilations (castration en particulier) qui font partie des comportements impulsifs les plus typiques de la maladie.

Les fugues ont été particulièrement étudiées par DUCOSTE, qui considère que leurs seuls caractères communs sont d'être impulsives et démentiellles (c'est-à-dire inadéquates au motif invoqué par le fugueur pour s'expliquer), et qu'elles sont analogues aux autres impulsions de la maladie, autrement dit inadaptées, inattendues mais souvent stéréotypées, incompréhensibles, mnésiques et non confusionnelles. Il distingue trois catégories : des fugues d'instabilité, « crises de mouvement et de marche », des fugues d'impulsion, dans les états hébéphréno-catatoniques, particulièrement inopinées et violentes, et des fugues de démence profonde, avec errance. LAING donne une interprétation intéressante à certaines fugues schizoïdiques : c'est l'angoisse d'être vu, reconnu, percé à jour qui pousse l'individu à tout quitter pour retrouver ailleurs la sécurité de l'anonymat.

Les impulsions meurtrières peuvent s'observer aussi à la période d'état, au cours de raptus « horriblement imprévisibles » (51) ; tantôt

l'objet de l'agression est circonstanciel, tantôt il figure dans une constellation affective (infanticide, meurtre et inceste), à moins qu'il soit contingent dans un acte plus vaste tel qu'un incendie ; ces hétéro-agressions sont imprégnées d'un délire mystique, sadique ou pseudo-scientifique.

Enfin, il faut citer les crises d'agitation, les fringales, et les fous rires, avec ces trois caractéristiques : immotivation apparente, explosivité, absence de contenu émotionnel.

Le caractère impulsif des actes des schizophrènes apparaît au mieux dans la catatonie, dont l'immobilité est brutalement rompue par des décharges psychomotrices explosives, fulgurantes, en court-circuit, hétéro-agressives, ou parfois réfléchies sur le corps du malade (forme prosectique de LEONHARD et KLEIST), ou encore maintenue sur le plan verbal (vociférations) ; ces impulsions frappent souvent par le contraste entre leur grande violence et l'apparente absence d'angoisse et de besoin d'explication, le malade reste impassible comme s'il n'était que le spectateur impavide de ses propres débordements. L'évolution de la catatonie est donc celle d'un état de stupeur caractérisé par le négativisme, l'inertie et l'automatisme, entrecoupé d'états de fureur comparables à ceux de l'épilepsie, et on ne peut manquer l'analogie entre les deux affections dans ce balancement périodique plus haché toutefois au cours de la catatonie.

La longue énumération de toutes les anomalies impulsives dans le comportement des schizophrènes n'apporte rien, ni à la compréhension de leur état, ni à celle des mécanismes du passage à l'acte. C'est probablement parce que dans la description font défaut une ou plusieurs données essentielles, ce qui revient à dire en d'autres termes qu'il faut aller au-delà de la bizarrerie, de l'impénétrabilité et du détachement, séquelles du démentiel et paradémentiel, dans une recherche plus phénoménologique. Même BARUK constate que leur « sensibilité affective est parfois très vive » ; même aux premiers temps de la schizophrénie on a perçu le caractère symbolique de certains actes immotivés, comme la révolte de Robert contre son père, dans l'observation d'ANTHEAUME et MIGNOT (2), révolte qui se manifestait dans les conduites délinquantes, les accès de fureur de la première période, avant que les impulsions clastiques et la haine contre ce père ne soient enfouies par le processus hébéphréno-catatonique ; et la discordance semble aujourd'hui un masque, que ce masque soit falsification, dénaturation des sentiments (WYRSCH) ou qu'il soit camouflage actif (LAING). Connaître que le contrôle des pulsions est déréglé dans le sens du tout ou rien, que la tolérance à la frustration et à l'anxiété est faible, que les moyens de défense sont labiles ou insuffisants, que les schémas de comportement sont ceux du stade oral, représente sûrement un matériel théorique considérable, mais ne permet pas de réduire ce caractère incompréhensible et immotivé des actes de schizophrènes. Nulle part ailleurs dans la nosologie, la compréhension du passage à l'acte n'exige un tel

approfondissement de la mécanique individuelle mais également des facteurs extérieurs, ici et maintenant.



Mme D. est hospitalisée depuis la veille pour un accès confusio-délinant, elle a passé une très mauvaise nuit, tourmentée par la vision obsédante d'un incendie dans son appartement, où sont restés son époux et son fils infirme.

Au matin, elle profite d'un moment où l'équipe soignante se trouve dans une autre chambre pour s'enfuir par la fenêtre de l'office, qui est la seule issue possible du service soigneusement fermé (mais qu'elle connaît, il est vrai, pour y avoir déjà été hospitalisée). Elle parvient ainsi, en chemise de nuit et pantoufles, à son domicile d'où son mari la ramène, plutôt rassurée.

L'obnubilation de la conscience, polarisée vers la vision obsédante, est la seule altération de la conscience, ce qui explique l'excellente adaptation de cette fugue qui a nécessité de tromper la surveillance de l'équipe, de passer devant la loge de l'hôpital et sur la place du marché où les premiers commerçants s'installaient.

La lutte angoissante entre l'amour et l'agressivité à l'égard du fils, imagée dans le délire par l'incendie (et telle qu'elle apparaît ultérieurement), s'achève et s'écroule dans cette expédition de sauvetage, maternelle et somnambulique.



« Je dois vous avouer que j'ai vécu fort retiré, à la maison SORCER et SUREAU. Je détestais les circonstances qui me faisaient sortir de mes fonctions et de mes habitudes. Mon métier était de corriger des textes et non de me tenir debout devant un prince de l'industrie. Je maudissais M. JACOB et préparais, à son intention, quelques-unes de ces phrases bien mijotées, qu'en définitive je ne dis jamais. J'étais d'ailleurs inquiet de mon corps dont je ne savais que faire. Je sentais tous mes muscles qui se guindaient, chacun dans une posture à faire tort aux autres, et j'avais la curieuse impression de composer une énorme grimace, non seulement avec ma figure, mais avec mon torse, mon ventre, mes membres, enfin avec toute la bête.

Heureusement M. SUREAU ne me regardait pas. Il tripotait le cahier que je lui avais remis. Il éprouvait une rage lourde, assez bien contenue.

Tout à coup, sans lever le nez, il écrase un index sur la page et dit :

— Mal écrit... Illisible... Qu'est-ce que c'est que ce mot-là ?

Je fais quatre pas d'automate. Je me penche et je lis, sans hésiter, à haute voix : « surérogatoire ». Cette manœuvre m'avait placé tout près de M. SUREAU, à portée du bras gauche de son fauteuil.

C'est alors que je remarquai son oreille gauche. Je m'en souviens très exactement et je juge encore qu'elle n'avait rien d'extraordinaire. C'était l'oreille d'un homme un peu sanguin ; une oreille large avec des poils et des taches lie de vin. Je ne sais pourquoi je me mis à regarder ce coin de peau avec une attention extrême, qui devint bientôt presque douloureuse. Cela se trouvait tout près de moi, mais rien ne m'avait jamais semblé plus lointain et plus étranger. Je pensais : « C'est de la chair humaine. Il y a des gens pour qui toucher cette chair-là est chose toute naturelle ; il y a des gens pour qui c'est chose familière ».

Je vis tout à coup, comme en rêve, un petit garçon — M. SUREAU est père de famille — un petit garçon qui passait un bras autour du cou de M. SUREAU. Puis j'aperçus Mlle DUPÈRE. C'était une ancienne dactylographe avec qui M. SUREAU avait eu une liaison assez tapageuse. Je l'aperçus penchée derrière M. SUREAU et l'embrassant là, précisément, derrière l'oreille. Je pensais toujours : « Eh bien ! c'est de la chair humaine, il y a des gens qui l'embrassent. C'est naturel ». Cette idée me paraissait, je ne sais pourquoi, invraisemblable et par moments odieuse. Différentes images se succédaient dans mon esprit, quand, soudain, je m'aperçus que j'avais remué un peu le bras droit, l'index en avant, et, tout de suite, je compris que j'avais envie de poser mon doigt là, sur l'oreille de M. SUREAU.

A ce moment, le gros homme grogna dans le cahier et sa tête changea de place. J'en fus, à la fois, furieux et soulagé. Mais il se remit à lire et je sentis mon bras qui recommençait à bouger doucement.

J'avais d'abord été scandalisé par ce besoin de ma main de toucher l'oreille de M. SUREAU. Graduellement, je sentis que mon esprit acquiesçait. Pour mille raisons que j'entrevois confusément, il me devenait nécessaire de toucher l'oreille de M. SUREAU, de me prouver à moi-même que cette oreille n'était pas une chose interdite, inexistante, imaginaire, que ce n'était que de la chair humaine, comme ma propre oreille. Et tout à coup, j'allongeai délibérément le bras et posai, avec soin, l'index où je voulais, un peu au-dessus du lobule, sur un coin de peau brique... Je ne bougeais pas. Je ne disais rien. J'avais l'impression d'avoir fait une chose monstrueuse. J'étais épuisé, vidé, vague...

...Voilà cette misérable histoire. Je n'aime pas à la raconter, parce que je ne peux le faire sans ressentir un inexplicable agacement... »

(G. DUHAMEL : *Confession de Minuit*.)

CHAPITRE VII

LES PASSAGES A L'ACTE AU COURS DE NÉVROSES

TENTATIVES DE SUICIDE - OBSESSIONS - IMPULSIONS COLÈRES - TICS - FUGUES

(4, 8, 14, 23, 26, 39, 41, 46, 47, 49, 57, 58, 59, 83, 85, 99,
115, 119, 120, 121, 133)

NÉVROSES ET PASSAGE A L'ACTE

Les conduites des névrosés sont engagés dans des circuits labyrinthiques plus ou moins fermés ; les pulsions libidinales et agressives sont passées au crible du refoulement, du déplacement, de l'inversion, du retournement, etc... Elles peuvent également s'écouler assez facilement dans la verbalisation, et un minimum d'angoisse subsiste. Le symptôme permet d'étancher l'énergie non utilisée par les mécanismes de défense. Si bien que les passages à l'acte ne s'observent essentiellement que dans deux circonstances : les états névrotiques mal structurés et les états de décompensation ou de dépression névrotique, au cours desquels le symptôme assure insuffisamment son rôle économique, laissant l'angoisse apparaître et s'accumuler.

Les impulsions névrotiques sont immotivées, irraisonnées, mais surtout vécues en pleine conscience, comme une force étrangère irrésistible qui réduit le sujet au rôle de spectateur. Le caractère d'étrangeté est à mettre en relation avec la notion d'états seconds (au cours desquels surviennent souvent des passages à l'acte, en particulier des

fugues : travaux de CHARCOT, de RAYMOND) et de grande crise d'hystérie. Le raisonnement tenu pour la crise comitiale s'applique avec facilité à ces débordements névropathiques et on peut considérer que ces phénomènes sont équivalents (KRETSCHMER), associant un relâchement des inhibitions et le surgissement plus ou moins explosif de contenus normalement refoulés, dans un acte moteur qui permet une décharge bienfaisante.

Les passages à l'acte d'ordre libidinal, c'est-à-dire pervers (homosexualité, fétichisme, transvestisme) sont aussi exceptionnels que les agressions directes.

TENTATIVES DE SUICIDE

Les actes impulsifs des névrosés (presque toujours hystériques ou présentant une symptomatologie hystérique dominante, en « parlant avec leur corps »), sont en très grande majorité auto-agressifs, dans leur apparence du moins ; les drames qui se jouent alors ne prennent leur sens que dans la réplique qu'ils appellent.

Les facteurs favorisant le suicide ont été groupés par DES LAURIERS en plusieurs catégories, qui déterminent le passage de la tendance à l'acte :

- l'existence de tentatives antérieures ; elle peut traduire une impulsivité particulière, ou une préférence pour ce mode d'appel au secours ;
- l'hérédité, en tant que transmettant une tare, une dégénérescence, mais plutôt l'existence de suicides dans les antécédents familiaux ou dans l'entourage proche (FAIRBANK et WALL), par l'intermédiaire de phénomènes d'identification ou d'imitation ; ce facteur est souligné comme essentiel (DES LAURIERS, QUIDU, DESHAIES).
- le type de personnalité, caractériel, avec son impulsivité, son attrait pour la perversité, sensible ou sensitif (FAIRBANK, WALL, CARP, BATCHELOR), avec un mode particulier de relation à autrui marqué par la dépendance, « dans ce climat, l'apparition de la moindre insécurité est ressentie comme frustration et engendre l'agressivité mais, fait caractéristique, cette agressivité n'est pas extériorisée » car le sujet craint que son hostilité ne le fasse rejeter ; elle est donc retournée contre soi en conduites masochiques et éventuellement suicidaires ; le risque, enfin, est plus élevé, comme on l'a déjà noté, au cours des états névrotiques mal structurés, où le Moi se défend mal ; on observe toujours l'existence d'une symptomatologie dépressive ;

- la situation vitale défavorable : carence affective, départ du milieu familial, échec sentimental, abandon, divorce ou mésentente conjugale, décès d'un proche, échec professionnel, démêlés avec la justice, surmenage, affection somatique chronique entraînant des sentiments de dévalorisation et d'impuissance. L'isolement est noté comme un facteur important ;
- l'existence d'un alcoolisme surajouté, qui facilite le déclenchement de l'acte suicidaire.

Devant l'effondrement de sa relation à autrui, le sujet choisit de la détruire lui-même ; « ce suicide est salvateur car il fait cesser une implacable angoisse, il est salvateur car il fait expier donc purifie, enfin parce qu'à côté du désir passif d'en finir, il permet à l'homme, en se donnant une fin, de s'accomplir, et à la limite de se dépasser ». Mais le suicide est aussi, paradoxalement, le moyen de reprendre contact avec autrui, RICHMAN y voit des significations concernant la famille : effort pour résoudre une tension familiale intolérable, aveu d'échec des tentatives de séparation ; recherche d'un statut antérieur ou effort pour maintenir un statu quo menacé ; demande d'aide dans une situation perturbée ; expression de désespoir à la perte d'une relation importante. La collusion du suicidant et de sa famille protège l'intégrité de ce mode pathologique de relation.

Dans ce déclenchement, « il semble que c'est moins le quantum d'émotion qui agit, que sa signification frustrante », la situation au moment du geste comporte un élément fort de signification symbolique qui entre en résonance avec le conflit intérieur, mais qui peut passer inaperçu pour l'observateur.

Les suicides névrotiques sont fondés par la perte de l'initiative, de l'indépendance, de la responsabilité, ils représentent la fuite d'une situation vécue comme intolérable ; plus que le désir d'anéantissement, ils sont la recherche régressive de la sécurité intra-utérine et nirvanique, l'exigence d'un secours immédiat, d'une preuve d'amour, et cela même dans les cas où les suicides réussissent.

OBSESSIONS - IMPULSIONS

On a vu l'importance historique des phénomènes aujourd'hui considérés comme obsessionnels dans la genèse des notions d'impulsion et de passage à l'acte. C'est dans la névrose obsessionnelle que ce passage (de l'idée à l'acte) est le plus spectaculaire, que la lutte contre l'impulsion est la plus angoissée et la plus épuisante, que l'acte est le plus ridiculement étranger, et que la satisfaction due à la décharge est la plus intense. C'est ici qu'ont eu lieu les discussions passionnées de PITRES et RÉGIS, MOREL et SEGLAS.

Le cas princeps d'exhibitionnisme rapporté par LASÈGUE est bien une obsession-impulsion, avec la crise d'anxiété préalable, l'instantanéité de l'acte, son non-sens, reconnu par le sujet, le soulagement honteux qui le suit. Il comporte, dans sa profondeur, l'obligation pour autrui d'être public d'une invite ou provocation éminemment agressive, en même temps qu'il est terriblement agressif pour le sujet lui-même.

Le malade de MAGNAN se sent poussé par l'idée obsédante à tuer sa femme et ses enfants, « quelquefois, il se sent poussé à frapper un de ses camarades et, à plusieurs reprises, il parvient à suspendre un coup violent qu'il est prêt à porter, mais ne peut s'empêcher de laisser retomber la main et de toucher, par un petit choc, l'épaule de la personne la plus rapprochée » (99).

COLÈRES

Les mécanismes de déplacement, d'atténuation symbolique sont à l'œuvre dans un autre phénomène fréquent chez les obsessionnels : la colère. Elle survient en réaction aux frustrations imposées par le milieu, elle est souvent spectaculaire et clastique. Elle représente un exutoire direct, moteur et émotionnel, dans lequel les tendances destructrices sont déviées de l'interlocuteur frustrant et déplacées sur des objets inanimés ou retournées contre le propre corps du sujet (qui se cogne la tête contre les murs, donne des coups de pied, etc...), la décharge des affects peut donc avoir lieu face à l'objet de la colère, sans l'atteindre directement et totalement, il se trouve au-delà d'une barrière magique (le bris d'objets) mais le phénomène est profondément ambivalent, l'interlocuteur est chargé par projection de toute la responsabilité, et s'il éprouve le besoin de se justifier ou s'il réagit violemment, acceptant un échange à ce niveau, la barrière magique risque de se briser, laissant l'agression atteindre directement son objet ; d'autant qu'elle peut rejaillir ensuite sur le coléreux, dans les punitions abstraites ou réelles qui suivront. (La colère peut également répondre à des déterminismes plus ou moins différents chez les caractériels, les débiles, les hystériques et les schizophrènes).

TICS

La maladie de Gilles de la TOURETTE est à la fois exceptionnelle et universelle (JUMPING, LATAH, MYRIACHIT), elle débute dans l'enfance, plus souvent chez les garçons, par des tics qui s'étendent progressivement de la face aux membres inférieurs, pseudo-choréiques mais soudains, rapides, « reproduisant, dit GUINON, des gestes automatiques ou réflexes de la vie ordinaire » ou même les mouvements

d'autrui (échopraxie) qui s'associent à des troubles respiratoires ou phonatoires, et éventuellement une écholalie et une coprolalie. Le caractère ordurier des tics verbaux, le caractère compulsif des tics, l'association habituelle à de nombreux traits de la série obsessionnelle, le style sado-masochique de relation à autrui, les conséquences familiales de la maladie en font un phénomène curieux dans une zone frontière entre l'obsession-impulsion mise en acte et les troubles neurologiques.

FUGUES

Un autre aspect des conduites névrotiques est représenté par les fugues, que l'on observe avant tout chez les adolescents ; elles représentent pour LAGACHE une fuite du milieu, perçu comme hostile, une libération vers le nouveau et l'inconnu, en même temps qu'une fuite de soi-même, « détresse intime dont les causes physiologiques sont celles de l'angoisse » (WALLON). LAGACHE rapporte l'observation de Pierre, où apparaissent deux corrélats fréquents des fugues d'adolescents : les fantasmes parricides et les idées de suicide. La source de l'angoisse de Pierre réside dans l'hostilité contre le père, qui est un éthylique et une brute ; les voies de décharge de cette haine sont bloquées par la crainte du danger extérieur (c'est-à-dire des représailles) et par le sentiment de culpabilité. Les fantasmes parricides ne sont que partiellement refoulés et les fugues itératives, dont les causes déclenchantes ne sont pas patentes mais symboliquement significantes, ont la fonction d'un mécanisme de défense supplémentaire : le danger représenté par le père est projeté sur un support, qui est secondairement fui, comme dans une conduite d'évitement phobique ; en même temps la tension anxieuse peut se résoudre dans la motricité ; la répétition des fugues est liée à la persistance des tendances parricides. « Le sujet a peur de ses pensées, de ses pulsions et la fugue réalise spatialement et symboliquement cette fuite de soi-même qui est à la lettre irréalisable » (85).

CHAPITRE VIII

LE SUICIDE

MÉLANCOLIE - MÉCANISMES DU SUICIDE

(4, 14, 19, 25, 38, 49, 55, 74, 83, 99, 110, 119, 120, 121)

MÉLANCOLIE

La stupeur réalise l'état d'inhibition psychique et psychomotrice le plus profond, les malades sont cloués dans leur immobilité par le sentiment d'impuissance qui voue le moindre geste à l'échec ; pourtant ils peuvent trouver très brutalement l'énergie nécessaire à des impulsions motrices dangereuses.

Ainsi, « mouvement imprévu, pour un motif accepté sans délibération préalable, la fugue est, au même titre que le suicide, les mutilations et certaines violences homicides, une réaction de l'angoisse » (115) ; « le principal caractère de la fugue mélancolique... [c'est] de débiter par un raptus d'angoisse. Sans doute, l'angoisse ne se maintient pas au même niveau pendant toute la durée du paroxysme, mais elle est à l'origine de tout, elle en est même la cause immédiate et elle se maintient à quelque degré jusqu'à son achèvement dans un état d'obnubilation relative de la conscience » (115). Même quand l'acte est prémédité, l'angoisse est nécessaire pour lever l'inhibition et l'aboulie. Parfois, c'est un délire qui détermine un départ brusque (JOFFROY et DUPOUY, SOLLIER). Pendant la fugue, peuvent avoir lieu des actes semi-conscients, délirants ou non, plus ou moins amnés-

siques (les fugues mélancoliques ont été particulièrement étudiées par LALANNE).

Au centre de la douleur morale, le désir de mort imprègne tous les aspects de la conscience mélancolique, il est la voie finale d'une situation sans issue vitale. Il apparaît sous des formes mineures ; refus de traitement, ou d'aliments, dans les cas où domine l'inhibition, ou sous des formes partielles : automutilations, souvent mal coordonnées, maladroitement et ébauchées. Il apparaît surtout sous la forme de suicides, 35 % des mélancoliques font des tentatives isolées ou répétées, 10 % réussissent, les tentatives sont plus fréquentes de la part des femmes, mais dans les 10 % de morts, il y a 7,5 % d'hommes (38, 92). Le passage à l'acte peut survenir en continuité avec un contexte clinique d'angoisse, exprimée dans les paroles et le comportement, l'insomnie et l'acmé matinale constituant souvent un facteur facilitant ; il peut survenir inopinément, après de longs préparatifs soigneusement dissimulés, mais là encore l'angoisse joue un rôle déclenchant, il peut survenir de façon dramatique, chez un malade muet, figé dans sa stupeur, en un raptus fulgurant, enfin, des tentatives peuvent marquer la levée chimique de l'inhibition, la « queue de la mélancolie », le « vertige de la sortie » (DAUMEZON) ou le passage à la manie. Dans trois circonstances, l'acte est à redouter tout particulièrement : mélancolie stuporeuse (avec le raptus en contraste fulgurant), mélancolie anxieuse, états mixtes « où une anxiété profonde conditionne la versatilité de l'humeur et les brusques décharges agressives que ne freine aucune inhibition » (92).

Il faut noter en outre que les inhibitions d'ordre éthique, convictions religieuses, sentiments moraux ou charges familiales, qui sont importantes dans les états dépressifs névrotiques, ne jouent guère ici, que les antécédents personnels (surtout récents) ou familiaux (identification) ont un rôle facilitant ; que le suicide retrouve son sens psychanalytique d'agression de l'objet dans le suicide élargi ou collectif.

FREUD écrit : « Le Moi ne peut se supprimer que quand, projetant en lui, en quelque sorte, l'objet d'amour, il peut se traiter lui-même en objet et diriger contre lui-même l'hostilité qui visait l'objet, réaction primitive de la part du Moi envers tous les objets du monde extérieur ». Le processus agressif détermine donc la conduite-suicide, soit par l'intériorisation secondaire d'une agression extérieure impossible ou manquée, soit par une agression primitivement intériorisée, avec ou sans l'instance de culpabilité. Le suicide est donc inséparable de la mélancolie, l'auto-agression est inséparable de l'agression contre autrui, ces deux propositions résument les données générales sur le suicide envisagées ici ; l'abondance des travaux permet en outre de dégager une évolution, un passage de la tendance à l'acte, susceptible de s'adapter à d'autres conduites, ce qui fera l'objet du paragraphe suivant.

DONNÉES GÉNÉRALES SUR LE SUICIDE

Les travaux essentiels sont ceux d'HALBWACHS (qui reprend et critique l'œuvre de DURKHEIM, et affirme que l'unique cause du suicide est la lacune sociale, se faisant ainsi le « champion de la thèse sociologique »), ceux d'Achille DELMAS (champion de la thèse adverse psychiatrique), de BLONDEL et surtout de DESHAIES. ROST a répertorié en 1927 le nombre impressionnant de 3 771 ouvrages consacrés au suicide. En 1910, a eu lieu un congrès psychanalytique sur ce sujet.

La fréquence du suicide est particulièrement grande chez les malades mentaux (75 % des suicidants hospitalisés en médecine générale, selon JUSTIN-BESANCON, ont une affection psychiatrique, les 25 % restant étant pour la plupart considérés comme fragiles); dans la population des malades mentaux internés, elle est de 11 % environ (38, 92); 35 % des suicides sont le fait de psychotiques. L'étude d'ECONOMO sur 3 910 tentatives, dans la région parisienne entre 1956 et 1958, montre l'homogénéité dans le temps (contrairement à l'hypothèse de DURKHEIM sur la recrudescence printanière), le coefficient de 39,4 % d'efficacité, la proportion selon le sexe (52 % de tentatives masculines), l'efficacité supérieure de la part des hommes (49,2 % contre 30,2 % de la part des femmes), la relation directe entre l'efficacité du moyen choisi et l'âge du suicidant. On connaît en outre la plus grande fréquence du suicide chez les célibataires, chez les personnes sans enfant, déjà relevée par DURKHEIM, ainsi que l'influence du milieu social, de la religion, etc...

QUIDU précise qu'elle comprend, dans le terme suicide, non seulement le suicide efficace mais la tentative échouée et même l'ébauche du geste auto-agressif et les équivalents suicidaires (refus de traitement, conduites de risque sans obligation, décidés en pleine conscience) et ne tient pas compte des situations dites de chantage, tous ces comportements lui semblant avoir la même valeur profonde et traduire une tendance plus ou moins marquée à l'autodestruction.

Dans le contexte, le geste peut prendre des significations diverses : suicide par peur (ce qui équivaut au raptus anxieux), par colère (le geste permet une décharge émotionnelle); suicide de défense contre le mal, avec ou sans angoisse; suicide ludique; suicide rationnel (suicide oblatif, par exemple) (38). Tout suicide comporte une part de pari avec la mort (120). Tout suicide représente plus ou moins, une tentative pour renouer le contact avec autrui. « Le besoin de regrouper les autres autour de soi-même, ne serait-ce qu'autour de son cadavre, semble la signification essentielle de la tentative de suicide. Le suicide, qui est anéantissement de soi, serait également la recherche de la satiété, l'instant de la possession; la tentative est donc l'utilisation de tous les moyens, même les plus extrêmes, pour atteindre l'autre... ou disparaître. Quoiqu'il puisse en sembler, la mort n'est pas la fin, mais le moyen, elle est utilisée comme moyen de

communication (120). Dans ce cas, le passage à l'acte est aussi nécessaire que le langage à la communication ordinaire.

Le congrès psychanalytique de 1910 a permis de démontrer qu'il n'existe pas de désirs, de fantasmes, d'images inconscientes de mort (« la mort n'existe pas pour l'inconscient »). Tous les comportements suicidaires sont surdéterminés par des contenus inconscients dépendant de la libido : fantasmes de fusion à l'être aimé, retour en l'utérus, etc... La notion de mort n'apparaît dans le champ du psychisme qu'après un travail d'élaboration secondaire. Il n'y a pas de déterminisme primitif, organique au geste suicidaire ; celui-ci, tel qu'on peut l'observer en clinique, constitue la base brute du travail théorique (25). On sait que FREUD est revenu ultérieurement sur cette façon de voir et a introduit la notion d'instinct de mort, lié à la compulsion de répétition et au principe de plaisir, on sait également que cette notion est restée difficile à manier.

Dans la perspective classique, le suicide est la conséquence de la perte de l'objet aimé, et constitue la réaction à cette perte, qui est élan fusionnel imaginaire à l'objet, ainsi retrouvé.

La psychanalyse de la mélancolie complète cette proposition : la pensée mélancolique a pour fonction la défense contre le suicide, le processus fusionnel extériorisé dans le suicide est ici intériorisé. Mais la décharge motrice ne peut avoir lieu, d'une part, et d'autre part l'affaiblissement du processus (queue de mélancolie par exemple) peut démasquer les tendances profondes et ouvrir la voie du geste suicidaire.

Enfin, il existe une très forte liaison entre le désir de sa propre mort et le désir de la mort d'autrui, entre suicide et homicide, relevée depuis longtemps (LACASSAGNE, CORRE, FERRI), confirmée par l'étude psychanalytique (FRIEDMANN, GARMA, ZILBORG), « personne ne se suicide qui n'ait désiré la mort de quelqu'un » (STECKEL). Soit que le suicide suive les tendances agressives selon le schéma : Homicide - Culpabilité - Autopunition, soit que la pulsion hétéro-agressive emprunte le biais de l'auto-agression, « le dépit, la révolte, la vengeance peuvent se traduire en un suicide, l'agression qu'on ne réalise pas directement et matériellement contre autrui, — parce qu'on ne le peut pas pour des raisons physiques, psychologiques ou sociales, ou parce qu'on ne le veut pas car on tend à se poser en victime, ou l'on spéculé sur le remords d'autrui — l'atteint de manière indirecte, en s'épuisant sur le sujet lui-même » dit DESHAIES (38) ; ADLER a particulièrement insisté sur la composante vindicatrice du suicide « trans-agressif » qui prend souvent naissance dans les états d'exaspération, de rage et de colère, par inversion paroxystique de l'agressivité, retournée contre soi pour mieux rejaillir sur autrui, selon le vieux principe oriental qui consiste à se pendre devant la porte de son ennemi ; beaucoup de tentatives de suicide ou de gestes auto-agressifs à l'hôpital psychiatrique revêtent cette signification. Enfin, les deux tendances auto- et hétéro-agressives peuvent se succéder selon un mécanisme éventuellement plus complexe, comme

chez la malade de MAGNAN (la marchande de quatre saisons) dont l'idée obsédante de suicide par pendaison devient phobie d'impulsion infanticide par strangulation.

PASSAGE DE LA TENDANCE A L'ACTE SUICIDAIRE

RINGEL décrit un syndrome présuicidaire, annonçant le passage à l'acte, qui associe : repli sur soi avec passivité et stéréotypies ; inhibition de l'agressivité, avec recherche de tâches désagréables ; fuite dans l'irréalité avec fantasmes suicidaires.

QUIDU revient sur ce syndrome et le complète en décrivant le syndrome de désengagement, retrait social, différenciation du groupe, rupture de la relation avec autrui, marqué par différents processus associés :

— L'altération du vécu temporel comporte une irréalisation du futur, un rétrécissement du passé, et une dilatation relative du présent, « le temps ne semble plus s'écouler, mais s'étale en un immense présent, une sorte d'éternité » ; cette altération est également éprouvée dans les expériences d'isolement sensoriel, et dans les situations de danger vital, « où la vie et la mort sont suspendues, aussi totalement absurdes ».

— L'altération du vécu spatial : l'individu réduit de plus en plus son périmètre vital, mais l'isolement actif devient rejet, les difficultés de contact apparaissent comme persécution ; faute du pardon d'autrui, le sujet est livré à sa culpabilité, d'où la recherche éperdue d'espace qui se traduit dans les fugues, l'agitation.

— L'altération du vécu corporel est la conséquence des deux premiers phénomènes, le corps étant le point de convergence du temps et de l'espace, le dernier bastion dont toute brèche (telle qu'une altération de l'état physique, par exemple) peut déclencher la rupture.

— L'état d'agonie morale est la séquence dernière de l'évolution, que QUIDU décrit en termes de négation quasi-Cotardienne, marqué par la dépersonnalisation et les fantasmes de mort.

— Les fantasmes de mort sont ruminés, repensés compulsivement, en un anéantissement minutieux et quotidien qui est aussi tentative d'émousser l'angoisse, de rendre la mort plus familière et moins horrible. LITMAN et TABACHNIK indiquent à ce propos : désir épuisant de s'échapper, de s'arrêter, de dormir, de mourir (au sens figuré du terme) ; désir coupable de punition ou de sacrifice ; désir hostile de revanche ; désir masochique d'abandon, de suprême extase, d'union à la mort ou à un mort ; espoir de délivrance, de nouvelle vie. Ces pensées, qui d'abord procurent un certain soulagement,

s'imposent de plus en plus passivement et le projet suicidaire s'élabore à force de répétition, s'impose à la conscience ; les rêves nocturnes et éveillés l'enrichissent de détails, ils libèrent le sujet de ses derniers liens affectifs et contribuent à l'apparition entre la crainte et le désir de mourir, d'un équilibre instable ; l'absence d'activité motrice d'une part, et d'autre part de communication verbale et éventuellement de travail onirique, en cas d'insomnie, provoque une accumulation de tension, d'énergie pulsionnelle, d'angoisse tandis que les défenses s'affaiblissent. Tout concourt à la détente brutale que peut provoquer, à titre de cause déclenchante, un événement extérieur souvent minime mais significatif pour le sujet, dernier terme d'une longue série, en résonance avec le modèle structural de la perte de l'objet. C'est là que l'entourage joue un rôle important dans le sens du suicide, qu'il affirme son incrédulité devant les menaces ou ne les prenne pas au sérieux, alors qu'elles constituent dans ce cas une sorte d'appel au secours. « Dans le suicide le plus médité, le passage à l'acte semble se faire d'une manière brutale ; un facteur nouveau, élément extérieur, joue le rôle de facilitation pour aller de l'idée au geste. Cet élément est déterminant car il s'adresse à un sujet dont les moyens de lutte sont abolis, totalement livré aux fluctuations du milieu extérieur et de sa conscience morbide » (74).

— La dépersonnalisation est corrélative de l'angoisse de mort, destruction partielle destinée à éviter la destruction totale, compromis inconfortable entre le désir de vivre et le désir de mourir ; elle peut avoir un effet inhibiteur ou facilitateur (WALTZER) : le sujet dépersonnalisé nie la possibilité d'être tué ; le sujet se sentant ailleurs rapporte ses actes comme effectués par un autre (« il a été poussé par une force invincible », « par un je ne sais quoi »), ce qui facilite l'expression motrice des pulsions. « L'action et l'impulsion affective qui la provoque forment ensemble un tout rationnel, bien ordonné, mais l'impulsion est dissociée du reste de la personnalité, elle forme un fragment autonome », écrit KRETSCHMER à propos des actions de circuit, « l'impulsion..., au lieu de passer par le filtre de la personnalité totale, s'est frayé directement le chemin vers la psychomotilité, déterminant ainsi l'action qui, justifiée peut être si l'on ne tient compte que [de la motivation, est] on ne peut plus absurde, eu égard à la personnalité totale » (83).

Les troubles de la conscience qui accompagnent la dépersonnalisation dans des états semblables, associent confusion et obnubilation (4, 19, 49, 74, 83, 121). QUIDU distingue trois catégories de suicide : à l'opposé de la conduite rationnelle, mûrie par une longue méditation, le raptus suicidaire, impulsion autodestructrice brutale et aveugle, paroxystique, impérieux besoin de mourir ; à côté, les états de destruction de la conscience, états confusionnels ou crépusculaires, où se rencontre la dépersonnalisation. Ey reconnaît trois niveaux de conscience : dans les états de tonalité dépressive anxieuse, survient

le raptus suicidaire, « réaction brutale, paroxystique, automatique, plus ou moins inconsciente et amnésique » ; dans les états marqués par une obnubilation, avec angoisse paroxystique, le suicide est un comportement impulsif ; enfin le suicide peut être lié à un délire. On a vu que dans ces états, l'angoisse était présente, de façon plus ou moins paroxystique.

De tels troubles de la conscience sont relevés dans toute une catégorie de comportements impulsifs, dont la terminologie varie avec les auteurs, mais qui sont particulièrement bien décrits par KRETSCHMER sous le nom d' « actions de circuit » (« le circuit se manifeste par des actions compliquées », à l'opposé des réactions explosives qui sont des décharges motrices élémentaires), encore que l'auteur décrive des actions de circuit sans tendance aux troubles de la conscience, et des suicides qui peuvent être des « réactions explosives », des raptus anxieux. SEGLAS écrit : « Il y [a] toujours division, désagrégation de la conscience personnelle, puisque l'impulsion représente une synthèse partielle, tendant de plus en plus à l'autonomie et finissant même par dominer, obnubiler la conscience personnelle au moment de son exécution ». Même dans le cas d'obsession-impulsion ou de dipsomanie, il y a des troubles de la conscience. « La vaste synthèse psychique qui constituait leur conscience personnelle s'est trouvée effacée un instant devant la synthèse nouvelle correspondant à l'idée obsédante, de plus en plus précise et abondante. Si, pour un moment, tous les éléments psychiques ont convergé vers un même but, s'ils semblent s'être groupés en une seule synthèse, en un état de conscience unique, celui-ci n'est justement que le dernier terme d'épanouissement de la synthèse pathologique, la manifestation la plus nette de l'asservissement et de l'éclipse momentanée de la conscience personnelle chez un sujet qui, pour un instant plus ou moins long, fut un véritable délirant. Cette désagrégation psychologique, cette division de la conscience, qui atteint son maximum dans la crise impulsive, n'en existe pas moins dans les intervalles, comme en puissance... ». Une description analogue a été faite par JANET (77).

COURCHET met en évidence, à propos du suicide (25) un autre phénomène : l'existence d'un intervalle libre éventuel entre l'acmé de l'état passionnel et le déclenchement de l'acte (inhibition-décharge), qui se prête à une exploitation biologique, et tout à la fois à une compréhension psychanalytique : le phénomène de scansion, alternance d'excitation et d'inhibition aussi bien motrice que verbale, observé dans l'analyse de dépressions névrotiques et psychotiques, trouve une source dans la position dépressive kleinienne, où l'objet est alternativement éprouvé comme bon et mauvais, où il y a confrontation itérative des objets internes à l'objet réel, activation itérative des Imagos, seul moyen de sortir du chaos.

*
**

Depuis plusieurs semaines M. A. s'enfonçait dans un monde mélancolique sans issue ; persuadé d'être en danger dans la rue, il restait enfermé chez lui, s'accrochant de plus en plus difficilement aux deux personnes qu'il chérit, sa femme et sa fille de huit ans. C'est le départ de celle-ci qui semble avoir précipité le passage à l'acte. Tandis que la mère et la fille préparent les valises, M. A., dans un état d'obnubilation anxieuse, sort de sa prostration, va jusqu'à la cuisine où il trouve un couteau à découper, muni duquel il se recouche ; pendant plus d'une heure, il garde le couteau le long de lui, prévoyant d'avoir à se défendre contre ses persécuteurs anonymes. La petite fille vient l'embrasser avant de partir, sa chemisette porte des motifs imprimés figurant des corbeaux que M. A. interprète comme de mauvais augure, sa fille aussi est perdue, elle porte sans le savoir la même malédiction. Il faut franchir le pas, « l'emmener dans le dernier voyage », il lui perce le ventre avant de retourner l'arme contre lui.

CHAPITRE IX

LA FOLIE DES ACTES

RAPPEL HISTORIQUE - CONCEPTIONS ACTUELLES THÉORIES PSYCHANALYTIQUES

(4, 7, 12, 15, 23, 24, 33, 37, 42, 46, 48, 53, 54, 57
70, 73, 75, 83, 86, 87, 88, 90, 91, 100, 103, 107, 108, 109,
111, 114, 118, 120, 137, 140, 142, 144)

RAPPEL HISTORIQUE

L'étude du déséquilibre psychique commence à peu près avec MAGNAN, pour qui il s'agit d'une forme supérieure de dégénérescence ; « les impulsions des dégénérés sont le plus souvent liées à des obsessions pré-existantes dont elles sont la conclusion, comme l'acte l'est à la pensée ». Les actes impulsifs sont calqués sur ceux de notre névrose obsessionnelle, ils sont facilités par l'émotivité et la folie morale, c'est-à-dire l'absence de frein éthique. Par contre, « s'il est exact de dire que les fous moraux ne présentent pas d'ordinaire ces impulsions conscientes si caractéristiques, on ne peut guère contester les tendances irrésistibles qui poussent ces malades à commettre les actes excentriques ou délictueux dont leur existence est remplie, l'impulsion irrésistible vers le mal est à la fois l'explication de leur conduite et son excuse. La différence consiste en ce que les impulsions des fous moraux ne sont pas conscientes ou ne le sont que peu, et aussi en ce que l'impulsion est peut-être moins énergique ; si le sujet ne peut y résister, cela tient principalement à l'absence de tendances opposées

[vers le bien] de sorte qu'une impulsion, même faible, n'étant plus contrebalancée devient vraiment irrésistible », écrit ARNAUD (4), corrigeant ainsi la simplification outrée de MAGNAN. Mais la notion d' « anesthésie du sens moral », d' « asthénie morale » laisse ces « aveugles moraux » entre la porte de l'hôpital et celle de la prison. C'est DUPRÉ qui pose définitivement cette tare en fait pathologique. « Les différentes variétés de caractères sont conditionnées, en dehors de la vie affective qui est la source de toute activité, par le degré et les qualités de l'inhibition. C'est ce pouvoir d'arrêt, de ralentissement et de canalisation de l'énergie sensitivo-psychomotrice en perpétuelle circulation dans l'écorce cérébrale qui constitue la forme la plus haute de la volonté et de toute activité mentale. L'insuffisance de l'inhibition a pour conséquence l'excessive labilité des processus psychiques, la prédominance de l'automatisme, le déchaînement des opérations réflexes, d'où le dérèglement de l'aptitude à agir. De ce vice fondamental de l'inhibition relève le caractère des dégénérés excitables, impulsifs, indociles, turbulents, prompts aux réactions soudaines explosives, violentes » (48). Les personnalités psychopathiques sont pour K. SCHNEIDER « des personnalités anormales telles que leur caractère anormal les fait pâtre ou fait pâtre la société ». Ainsi, dans les années 20, l'hôpital s'ouvre à la folie des actes de FOVILLE, par la porte constitutionnaliste. Le déséquilibre qui conditionne les raptus ou comportements impulsifs, s'inscrit dans le cadre d'une biotypologie épileptoïde (athlétiques ictafines, violents, lourds, sensibles à l'alcool, glyschroïdes à réactions explosives, à fortes tendances sadomasochiques), ou cycloïde (picniques instables, exaltés, coléreux, hyperémotifs) ou schizoïde (asthénio-longilignes ou dysplastiques, renfermés, bizarres, systématiques et froids mais susceptibles de fortes décharges agressives). L'impulsivité siège à côté de la perversité morale et des perversions sexuelles. Son statut pathologique est acquis par des hypothèses étiologiques, comme celle que donne KRETSCHMER : « Si les processus cérébraux peuvent produire des troubles intellectuels, ils peuvent également agir d'une façon destructrice sur la conduite et les notions morales, sans affecter l'intelligence en quoi que ce soit » (ce qui n'implique pas que la morale a son siège dans le cerveau) (83).

BIOTYPE ET CRIMINALITÉ

La criminologie est une voie d'abord commode pour l'étude de certains troubles psychiques anti-sociaux, sous deux importantes réserves, l'une traduisant les multiples difficultés méthodologiques, l'autre résidant dans la désunion des deux ensembles : tous les criminels ne sont pas des malades mentaux (58 % d'entre eux n'offrent pas de tableau significatif aux tests de personnalité), tous les malades mentaux, tous les déséquilibrés ne sont pas criminels (le déséquilibre est, dans ces conditions, un diagnostic aux assises incertaines ; pour

ce qui est de la « démence » au sens de l'article 64 du Code pénal, elle est rare, comme le souligne HEUYER ; les statistiques américaines donnent le chiffre maximum de 5 % des cas).

Le criminel-né de LOMBROSO est proche du sauvage par « la rareté des poils, l'étroitesse du front, le développement exagéré des sinus frontaux, la fréquence plus grande des sutures médio-frontales, de la fossette occipitale moyenne, des os normiens, surtout des épactaux... », « la fréquence des microcéphalies, des asymétries, des orbites obliques, des prognathismes », « la gaucherie, les anomalies des réflexes et de la sensibilité » à la douleur, les troubles de la vue, du champ visuel, de l'odorat, de la motilité, etc... Nuancée par LOMBROSO lui-même, cette manière de voir est démentie par son émule anglais C. GORING, lui-même contredit par l'américain E. HOOTON qui rejoint LOMBROSO dans ses conclusions. Par la suite, les travaux très nombreux sont aussi très contradictoires. « La genèse et la dynamique des phénomènes criminels doivent être recherchées dans un état d'immaturité et, plus précisément, d'infériorité biologique à partir de laquelle naît ce phénomène de la prédisposition génétique et spécifique à la criminalité » affirme DI TULLIO ; avec lui, les néo-positivistes italiens continuent à reconnaître chez beaucoup de criminels un état dysgénétique visible dans la morphologie de la tête (prépondérance de la section faciale sur la section crânienne, front bas et fuyant, etc...), des articulations (prépondérance du type athlétique), dans des anomalies de la morphologie cérébrale (sillons surnuméraires, lobes frontaux à quatre circonvolutions, anomalies vasculaires), avec une dissonance entre cortex et cerveau sous-cortical.

Il semble qu'en réalité tous les types morphologiques fournissent leur contingent de délinquants (travaux de RIEDL, en particulier) mais que les individus athlétiques sont nombreux parmi les auteurs d'actes de violence et les dysplastiques souvent en cause dans les délits contre les mœurs.

Les recherches statistiques sur l'hérédité, très difficilement utilisables ne donnent pas de résultats significatifs. Les travaux sur le syndrome de Klinefelter (CASEY, MOSIER, COURT BROWN, NIELSEN, HUNTER, HUMBERT, MOOR, HIVERT et BRETON) montrent que la proportion (un tiers) de délinquants dans cette population est très supérieure à la proportion (0,5 à 2 %) dans la population générale, mais la proportion de sujets (XXY) chez les criminels (2 %) quoique très supérieure à celle de la population générale (2 pour 1 000), ne peut expliquer qu'une bien faible fraction de la délinquance. Quant aux super-mâles (XYY) « fréquemment instables, peu affectifs, et agressifs », ils sont plus fréquents (2,8 %) dans la population criminelle que dans la population générale (0,5 pour 1 000) selon les travaux de JACOB, CARSTAIRS, CASEY, etc...

CONCEPTIONS ACTUELLES

Elles comprennent une dimension sociale, insuffisante mais nécessaire : le déséquilibré n'est pas anti-social mais dissocial ; il n'est pas inadapté, comme peuvent l'être provisoirement le névrosé et l'individu équilibré, mais inadaptable, ce qui apparaît particulièrement dans des sociétés plus contraignantes, comme l'armée (114) avec ses missions sociales et ses traditions rigides. Le déséquilibre est une délinquance latente, « le passage à l'acte n'est bien souvent que l'extériorisation apparente d'un comportement général qui se situe tout entier en dehors de cette réalité bien particulière qu'est la loi » (109).

Les réactions anti-sociales sont : les fugues, mnésiques et prolongées, représentant une fuite sous la menace ou un simple coup de tête ; les tentatives de suicide, très fréquentes (un tiers des suicides selon DESHAIES), souvent inefficaces du fait de l'impulsivité et du renoncement rapide plutôt que de leur valeur éventuelle de chantage, sont des actes impulsifs réactionnels à des événements extérieurs ressentis comme spoliateurs, dans des contextes variables, crise d'angoisse, réaction de catastrophe en court-circuit (70), ivresse (COR), toxicomanie, le plus souvent sur un fond dépressif (DES LAURIERS) ; les phénomènes paroxystiques sont les ivresses pathologiques, les impulsions clastiques, les crises névropathiques, les obsessions-impulsions ; enfin, il faut mettre un peu à part les violences, les délits, les fugues commis au cours d'états psychotiques aigus, de survenue banale, souvent réactionnelle. Il y a là tout l'inventaire des troubles impulsifs du comportement.

Les traits caractéristiques du déséquilibre sont ceux du passage à l'acte : instabilité, impulsivité, agressivité, anti-socialité, amoralité, émotivité, troubles du jugement et du caractère, inéducabilité, intolérance à la frustration et à l'attente de la satisfaction, absence de culpabilité, etc... ; ils se groupent en plusieurs aspects cliniques, relativement labiles :

- les conduites caractérielles, définies par un mode de réaction brutal, agressif et élémentaire, des mobiles massifs mais sourds, non élaborés ;
- les névroses impulsives, où le passage à l'acte permet d'éponger une angoisse mal supportée, figurée comme un besoin impérieux mais imprécis de boire, de partir, de mourir ;
- les conduites délinquantes où la transgression de la loi trace les séquences de comportement ;
- les conduites pseudopathiques, où le déséquilibré, à l'inverse de l'acteur (140), se réalise dans le personnage qu'il a choisi d'incarner, à la recherche de son identité qu'il ne trouve que

dans des identifications « héroïques » (LAGACHE), ce qui témoigne d'une distorsion du contact avec la réalité (analogue dans le jeu maniaque) et du sens de la temporalité (le passé n'a pas de poids).

Le passage à l'acte est le dénominateur commun de ces fractions du déséquilibre, sa marque spécifique, « cette impulsivité conduit naturellement au pivot de la vie du déséquilibré : le passage à l'acte ; les censures habituelles sont insuffisantes pour freiner la réalisation immédiate des pulsions instinctives. Toute frustration entraîne un passage à l'acte agressif et immédiat sans anticipation de ses conséquences possibles. L'insensibilité aux menaces ou aux moyens de répression sociale, et enfin l'incapacité à accumuler une expérience utilisable pour éviter la répétition de situations dangereuses sont la règle, et c'est à ces différents points que se rattache l'absence de réactions adaptées aux impératifs sociaux » (36). Le déséquilibre retrouve une unité qui s'allie aux notions de dégénérescence impulsive et de constitution encore viables actuellement du fait d'une immaturité peu contestable des structures biologiques, exprimée par l'instabilité émotionnelle et thymique et attestée par la fréquence des rythmes thêta à l'EEG (SILVERMAN, STAFFORD CLALL, G. et S. VERDEAUX), du fait aussi de certaines étiologies possibles : traumatisme obstétrical et atteintes organiques durant l'enfance (intoxications, traumatismes, atteintes encéphalo-méningées) ; il est à noter que les travaux catamnétiques comme celui de CAHN ne mettent en évidence que le traumatisme obstétrical, les carences affectives graves et la privation ou désunion des parents, dont on verra plus loin le rôle ; il est à noter aussi que la délinquance féminine est 10 fois moindre que celle des hommes (LEY) et que le déséquilibre entraîne moins d'actes anti-sociaux ou délictueux (8 sur 38) chez la femme que chez l'homme (54). La délinquance est beaucoup plus forte dans la tranche d'âge de 25 ans (LEAUTE).

Mais ces conceptions psychiatriques actuelles, tout de même que les notions classiques, s'offrent à trois critiques : purement descriptives, elles se tiennent à la lettre de la conduite sans apporter aucune explication des significations sous-jacentes ; les traits cardinaux (égocentrisme, labilité émotionnelle, agressivité, indifférence affective) sont exacts mais ne constituent qu'un premier abord du sujet et non un noyau fondamental ; enfin, plus que partiales, ces conceptions sont la base médicale d'un rejet plus ou moins agressif, elles servent d'alibi à une certaine répression et font, en tout cas, obstacle à une amélioration des rapports entre le déséquilibré et ceux qui le soignent.

LES CONCEPTIONS PSYCHANALYTIQUES

L'idée la plus ancienne était celle d'une insuffisance, d'une a- ou d'une dysgénésie du Surmoi ; mais la notion de valeur des objets et des comportements, avec le système récompense-punition, est extrêmement archaïque, et une dysgénésie n'irait pas sans d'énormes troubles associés, sous la forme d'une arriération profonde ; d'autre part, la psychanalyse des enfants a mis en évidence une conscience morale archaïque, qui fait dire à M. KLEIN : « Ainsi, nous pouvons poser que ce sont la sévérité excessive et la cruauté écrasante du Surmoi, et non pas sa faiblesse ou son absence, comme on le suppose d'ordinaire, qui sont responsables de la conduite des personnes asociales, ou criminelles ». Cette idée, déjà émise par FREUD (63), imprègne ou complète de nombreux travaux, surtout anglo-saxons : BURLINGHAM, A. FREUD, BOWLBY, SPITZ ont étudié les rôles des facteurs pré-œdipiens de la socialisation, les troubles dus à des frustrations précoces ; LEWIS, le rôle du rejet des parents ; AICHORN, JOHNSON, SZUREK, comme FRIEDLANDER, LAGACHE, mettent en évidence les troubles des identifications, plus ou moins subtils ; FENICHEL établit le rôle de la motricité dans le passage à l'acte ; DEUTSCH relie surprotection et intolérance à la frustration, GREENACRE est l'auteur de travaux fondamentaux sur lesquels on reviendra.

Ce que DUPRÉ considérerait comme une constitution apparaît aux psychanalystes comme une « manière d'être » (REICH) et plus précisément une névrose de caractère (109, 144) définie par une certaine relation entre le Surmoi, le Moi, le Ça et la réalité. Le déséquilibré n'est pas assimilable au pervers, même si la pulsion originelle « se décharge librement après transformation des visées ou celle des objets » (SAUGUET) et contrairement à la position freudienne originelle, « La joie de satisfaire un instinct resté sauvage, non domestiqué par le Moi est incomparablement plus intense que celle d'assouvir un instinct dompté. Le caractère irrésistible des pulsions perverses et peut-être l'attrait du fruit défendu en général, trouvent là leur explication économique » (68). La névrose de caractère est extrêmement chargée en élément du stade oral, qui sont tous déterminants dans la survenue des passages à l'acte : intolérance à la frustration et à l'échec, faible capacité de rétention des affects qui sont massifs et en tout ou rien ; difficulté d'élaboration symbolique, précarité des échanges verbaux interpersonnels ; impossibilité de différer la satisfaction du désir ; résolution immédiate des tensions dans l'action qui est excessive et primaire ; défaut d'inhibition, de temporisation.

P. GREENACRE décrit une situation familiale telle que l'enfant devient un déséquilibré ; il y a un pater familias sévère, respecté, souvent obsessionnel ; lointain et préoccupé, il inspire de la crainte à ses enfants ; la mère est indulgente, elle aime le plaisir, elle est jolie mais frivole et « méprise en secret l'importance de son mari » ; les

deux sont très narcissiques et dépendent de l'approbation et de l'admiration de leur entourage, l'orgueil ou la honte se substituant à l'amour ; quand il s'agit de honte, la mère voyant dans son enfant la preuve d'un péché, l'enfant risque de développer un fort sentiment de culpabilité ; quand il s'agit d'orgueil, l'attachement de la mère est très narcissique à un enfant qu'elle considère comme une partie ou une manifestation de son être propre, ce qui retarde le moment du relâchement et de la rupture de la relation symbiotique ; l'enfant, qui a besoin de cette séparation, développe vis-à-vis de sa mère une agressivité excessive, qui est projetée en un fantasme de figure punitive externalisée extrêmement sévère (Surmoi archaïque), exagérément terrifiant (« La sévérité originelle du Surmoi ne représente pas — ou ne représente pas tant — la sévérité de l'objet qui aurait été expérimentée ou anticipée, mais la propre agressivité de l'enfant envers ce dernier », dit FREUD dans *Malaise dans la civilisation*). La position effective du père, dans les situations typiques, se conforme aux images terrifiantes élaborées par l'enfant et les vérifie, il est redoutable et manque de cette chaleur vitale nécessaire aux relations d'objet satisfaisantes. Une telle apparence complique les mécanismes d'identification, aboutissant à une bisexualité et à un assujettissement à la mère ; les idéaux, trop élevés, sont coupés de la réalité. A côté de ce retard à la séparation, un autre élément pathogène intervient dans une telle famille : il existe souvent un désaccord ou un conflit manifeste entre les idéaux parentaux et les attitudes qu'ils prennent envers les expériences de l'enfant, un contraste entre la belle apparence offerte au monde et les conflits et les misères qu'elle cache ; une telle situation développe la composante exhibitionniste du narcissisme de l'enfant, qui est placé « en représentation », ses défauts étant niés, cachés ou maquillés en avantages, l'enfant ne peut se mesurer correctement avec la réalité ni l'éprouver ; le paraître prime l'être, ce qui, avec la pauvreté affective du milieu, crée une vision fragile et théâtrale de la réalité. AICHORN aboutit à la même constatation d'une mère abusive protégeant l'enfant de tout contact avec la réalité, du fait de sa propre vanité et de son indulgence pour elle-même. JOHNSON et SZUREK expliquent que les parents, dans ce désarroi intime entre l'adhésion apparente aux normes et valeurs du groupe et l'attitude prise par eux face aux expériences de l'enfant, favorisent, consciemment ou non, des tendances anti-morales ou anti-sociales, leurs désirs subversifs étant satisfaits par l'intermédiaire de l'enfant, le châtiment appliqué à l'enfant leur ôtant leur propre culpabilité. Enfin, cette situation développe chez l'enfant des fantasmes de toute puissance magique narcissique, qui tiennent à l'image du père et à ce trouble dans la perception de la réalité.

Il faut remarquer que ce point de vue s'oppose à une autre thèse classique, celle de la carence paternelle, souvent associée d'ailleurs à celle de dysgénésie du Surmoi ; BRAUNSCHWEIG invoque le manque d'un père puissant et craint, à l'origine de la recherche masochique d'un substitut persécuteur.

Mélanie KLEIN (*op. cit.* in 75) considère que l'affectivité du déséquilibré témoigne et relève d'une fixation anormale à la phase sadique des stades oral et anal, du fait que la réalité vécue n'apporte pas de démenti, mais bien plutôt une confirmation activatrice à la vision terrifiante du monde contemporaine du sevrage et du dressage à la propreté, avec leurs mythes sadomasochiques. La mauvaise mère imaginaire reste la mauvaise mère car elle l'est dans la réalité (ou c'est le père, ou encore elle ou ils sont absents). Cette agressivité, massivement refoulée au stade œdipien est ensuite déplacée sur des instances sociales qui deviennent l'objet d'une vengeance symbolique, mais aussi le persécuteur, dispensateur de la punition attendue. « Il craint tellement la réalité qu'il préfère ne pas la regarder, et s'en tenir à la vision fantasmatique qu'il en a. Il se réfugie dans ses fantasmes, convaincu que le monde réel est encore plus terrible que le monde fantasmatique qu'il imagine. Tout se passe donc dans l'imaginaire, la réalité est hallucinée, elle n'est que le support qui lui permet de régler ses comptes avec les fantômes qui le hantent. Même si entre temps, elle devient plus clément, il continue à la considérer telle qu'elle s'est imposée à lui quand il était petit : dure et cruelle. Moulé de crainte et épris de vengeance, il n'a pas de prise sur le monde, il se contente de le prendre à partie, dans l'espoir que, lassé par ses provocations, il finisse par s'attendrir sur son sort. Il n'y a pas vraiment passage à l'acte, car l'acte psychopathique se déroule dans l'imaginaire et non dans la réalité ; celle-ci n'est jamais que l'écran sur lequel il projette ses fantasmes. Il agit un peu en automate, sans tenir compte de la situation où il se trouve ; à prendre ses désirs pour la réalité, il court à sa perte... », écrit JACQUETTE (75). Pour M. KLEIN, cette compulsion de répétition est un aspect de la pulsion de mort, elle-même « tendance à la décharge immédiate et impérieuse des tensions, sous peine de désorganisation ». BOWLBY, FRIEDLANDER relèvent le rôle des frustrations précoces, qui sont d'observation banale chez les délinquants : placements multiples, vie dans des collectivités surpeuplées, abandons maternels de toutes sortes. FRIEDLANDER considère par ailleurs que l'éducation contient des gratifications et des frustrations trop vives, l'ensemble étant injustifié et incohérent ; l'enfant ne peut apprendre à différer son plaisir pour une gratification toujours incertaine.

Les stades post-œdipiens sont également l'occasion de troubles pathogènes ; la phase de latence est l'époque d'apprentissage des réalités sociales et éthiques (118) ; l'adolescence est une période cruciale (91) où le passage à l'acte est un mode préférentiel, ainsi des vols compensateurs de frustrations affectives, des fugues où s'associent l'angoisse, la frustration et l'affirmation agressive de soi ; à ce moment jouent le manque d'organisation du Moi, l'insuffisance du contrôle éthique relativement à l'afflux pulsionnel ; l'acte, selon le modèle archaïque, permet la punition infligée de l'extérieur, diminuant ainsi l'angoisse et la culpabilité. L'acte anti-social peut être paradoxalement une forme d'adaptation : on a vu à quel point l'enfant ultérieurement

déséquilibré de GREENACRE était adapté au couple parental ; de même « les fugues, les violences sont le sens même de la vie d'une famille d'alcooliques, le vol est normalement vécu dans un milieu de délinquants. Cette réaction d'urgence du Moi semble immédiatement accessible à la compréhension. Elle est une adaptation anti-sociale, mais une adaptation » (91). A vrai dire, de tels cas sortent de la définition du déséquilibre. Par contre, le délit peut être réactionnel à un aspect actuel, massivement envisagé, du milieu familial et social : mécontentement avec les parents, par exemple, toujours en relation avec des conflits œdipiens ou pré-œdipiens non liquidés et réactivés.

De telles conceptions génétiques permettent d'éclaircir de nombreux comportements déséquilibrés, qu'on peut grouper dans deux catégories perméables et non exhaustives :

Les troubles des identifications, de la réalité et la toute-puissance de l'acte apparaissent en particulier chez le pseudopathe : pour satisfaire à la nécessité de paraître, l'individu doit se livrer à une transgression continuelle de la réalité, en des identifications héroïques (LAGACHE), souvent confondues à l'hypomanie (on sait les rapports étroits entre déséquilibre et psychose maniaco-dépressive), identifications en une relation spéculaire (« Je n'aime pas être triste, parce que les autres ont l'air ennuyé, et ça me fait peur... », dit une jeune malade) et de la même façon la peur peut être niée et remplacée par la peur provoquée réellement chez autrui ; pour nier son angoisse, le déséquilibré cherche à la susciter, mesurant ainsi dans l'attitude d'autrui le degré de sa force et la capacité de sollicitude ou d'affection angoissée dont il peut être l'objet. En même temps, un tel comportement témoigne d'une identification à l'agresseur (le mauvais parent, persécuteur et haï, à qui il s'est identifié plus qu'au bon parent) mais c'est aussi une surcompensation de sa dépendance excessive, qu'il cherche à nier. L'acte vient à l'appui d'un imaginaire ineffable, incommunicable, perpétuellement trempé dans le bain de la réalité (délire en actes) qu'il déforme ; la maîtrise d'une activité concrète lui donne le sentiment rassurant de tenir l'environnement sous son contrôle et d'y susciter des réactions, par la toute-puissance magique du geste comme dans ce temps archaïque où désir et acte sont équivalents (FERENCZI) ; « représentation dramatique des choses », le geste est la transcription directe de la chose dans la fabulation, à aucun moment la réalité n'est vraiment réelle, elle s'infléchit constamment sous l'effet du mythe, le geste vise à restaurer ou à exalter (EISSLER) le sentiment d'omnipotence. Aspect inadapté, déréel de la conduite, identifications héroïques, mise face au miroir de l'agressivité caractérisent ce type de conduites pseudopathiques, telle cette affaire MARTIN que raconte LAGACHE (86) : FUGET, le séducteur et l'agresseur, reproduit dans son agression la structure et le sens du conflit de ses parents, conformément à certains schémas culturels (la femme idéale, victime d'un mari brutal, est vengée par un galant homme) ; FUGET s'identifie à un héros tout à l'opposé de l'image paternelle : à père injuste, fils justicier ; à père qui bat les femmes,

filis qui corrige les hommes. La fabulation recrée, compulsivement, le drame infantile. « Dans la mesure où il méconnaît la réalité, FUGET déploie une conduite imaginaire animée par le complexe familial auquel le conflit de différence [selon LOWREY, complexe d'infériorité] est étroitement uni ; le sens caché de cette conduite est : le fils venge sa mère du père et prouve sa supériorité sur le [mauvais] père qui l'a rejeté. La motivation imaginaire du drame vécu détruit l'apparence de responsabilité que confère au criminel la phénoménologie d'acte volontaire ».

La même dépendance se lit dans une autre catégorie de phénomènes, les conduites délinquantes : c'est le système archaïque de punition ; le déséquilibré est poussé à l'agression « par le besoin d'y trouver la preuve qu'il n'encourt pas de danger en la commettant, il y cherche un témoignage d'immunité à la menace de castration inconsciemment redoutée » (108) ; d'ailleurs, ce type de comportement est toujours apparemment maladroit (le voleur s'endort sur le lieu de son délit), et un soulagement patent apparaîtrait avec la répression. La culpabilité y fait défaut du fait qu'elle est insupportable et doit être projetée dans la punition qui, en même temps qu'elle efface cette culpabilité, permet aussi de rendre autrui responsable, la réalité appuyant une certaine tendance à la projection de l'agressivité sur autrui. La culpabilité du déséquilibré est spéculaire : elle doit être reconnue par autrui, pour qu'il puisse la faire sienne et pour aussitôt en être déchargé. Ces « crimes par sentiment de culpabilité » (63) se situent à un stade intermédiaire entre l'agressivité sadique orale (agression directe en réaction immédiate à la frustration) et l'agressivité d'un sujet ayant adéquatement internalisé les images punitives (l'agression est alors affranchissement d'une contrainte vécue comme injuste, rompant le pacte tacite entre l'individu et son groupe, c'est la « démoralisation » de DURKHEIM, qui rejoint les aspects décrits par BETTELHEIM dans les camps de concentration). L'agression impulsive du déséquilibré peut se situer à un point variable de cette ligne d'évolution.

Le déséquilibre constitue, dans la perspective psychodynamique, un arbre situé entre celui des psychoses et celui des névroses. Sur le côté névrotique, la décharge motrice, l'acte symbolique complètent les symptômes de l'organisation mal structurée, répondent à des conflits internes. En ce sens, le passage à l'acte témoigne d'un Moi faible, c'est-à-dire sous la dominance de tout ce qui touche à la décharge, dans une relation orale agressive où les conflits ne sont pas intériorisés ; le désir ne saurait avoir de limite, ce qui exprime un refus de la castration (114). Sur le côté psychotique, le passage à l'acte est considéré comme une défense contre la dépersonnalisation (BOUVET), mais « ces malades ne souffrent pas de dépersonnalisation parce qu'en réalité ils n'ont jamais été personnalisés » (71). Ainsi le déséquilibre se trouve bien toujours, comme le disait MAGNAN, « sur les frontières de la folie ».

Les implications thérapeutiques d'une telle conception sont classiques, elles constituent une prévention ou une limitation des passages à l'acte. Il s'agit surtout de la nécessité de renoncer d'emblée à tout silence, à toute neutralité bienveillante, l'un et l'autre étant la cause d'une angoisse insupportable. « Le thérapeute doit présenter une image toute puissante et se prêter à une relation initialement érotisée, voire fusionnelle », dit EISSLER ; la relation thérapeutique est abréaction, rééducation.

CHAPITRE X

IMPULSIVITÉ ET IMPULSIONS

BIOTYPE - HYPOTHÈSES GLOBALES CONCEPTIONS PSYCHOGÉNÉTIQUES

BIOTYPE ET IMPULSIVITÉ

L'impulsivité trouve sa place dans diverses caractérologies et biotypologies : le type colérique et le type sanguin d'HIPPOCRATE et de PAVLOV ; le type athlétique de KRETSCHMER, plus impulsif que le leptosome ; le mésomorphe de SHELDON, somatotonique, c'est-à-dire caractérisé par la prédominance de l'activité musculaire et l'affirmation vigoureuse de son corps, la vigueur et l'allant ; le passionnel de DUBLINEAU (S. PSY, M. HUM) dont l'activité est sthénique, anarchique et impulsive ; le dilaté de CORMAN qui a de fortes impulsions instinctives et des colères rouges (encore que le rétracté soit « sujet... à des explosions impulsives périodiques d'autant plus violentes qu'elles ont été plus longtemps contenues »), et surtout les types « réagissants » de cette classification (caractérisés par un rapport élevé du grand au petit visage) ; les types A - nE - P et A - E - P de HEYMANS et LE SENNE ; les éléments diastoliques de SZONDI (actes à court-circuit, expansion, temps bref de réaction, empire du moment, avidité, extériorisation des émotions, réactions émotives infantiles, impulsivité, impétuosité de la volonté, prépondérance du moment présent, etc...)

De la plus raisonnable à la plus audacieuse, ces classifications d'inspiration organiciste plus ou moins manifeste répondent à une

perception clinique empirique mais statistiquement vérifiable. On pourrait ainsi concevoir, dans le cadre kretschmerien, une fréquence particulière des sujets athlétiques dans la population des agresseurs, des asthéniques dans celle des fugueurs, des dysplastiques pour ce qui est des impulsions orales ou sexuelles, etc..., et relier le biotype et les modalités de l'action impulsive.

HYPOTHÈSES GLOBALES

KRETSCHMER qualifie de « primitives » les réactions qui, à la suite d'une excitation produite par une expérience intense, se manifestent directement et immédiatement par des actions impulsives instantanées, ou par des processus psychiques profonds, de nature hypoboulique ou hyponoïque sans que l'ensemble de la personnalité s'y trouve engagé » ; on rencontre de telles réactions primitives chez les animaux, les enfants, les adultes normaux soumis à une impression trop forte et chez les malades mentaux. Elles sont dues à une défaillance momentanée de la couche phylogénétiquement supérieure, et à la suppléance de celle-ci par des couches plus profondes (conception analogue à celles de JANET, JACKSON et EY). Dans certains cas, « arrêt de développement psychique et intellectuel, personnalité infantile, neuropsychopathies ou maladies de la volonté, suites de l'alcoolisme ou schizophrénie latente », une excitation banale suffit à provoquer une réaction primitive, « la tendance aux explosions affectives, aux actions de circuit et aux décharges hystériques constituant un des traits dominants de leur caractère. Nous parlons alors, en termes généraux, d'hystérie, de dégénérescence, d'épilepsie affective, de folie impulsive, de psychopathie instable... » Sont primitives les réactions hypobouliques-hyponoïques (crise d'hystérie, crises névropathiques, états seconds), les actions de circuit (actes impulsifs complexes) et les réactions explosives, qui sont « les cas où des états affectifs intenses se déchargent d'une façon élémentaire et simple, sans être réfrénés par la réflexion ». Réactions explosives et crises hystéro-épileptiques ont d'étroites affinités et constituent « les mécanismes de ventilation, d'abréactions rapides et complètes contre l'excès de tension intrapsychique... La fuite aveugle et sans but apparaît souvent, elle aussi, comme une décharge motrice... » chez un individu de type asthénique. « L'angoisse provoque des explosions analogues à celles consécutives à la colère et aux contrariétés. Chez les sujets atteints de maladie mentale, par exemple, on les a décrits sous le nom de raptus... » (83).

Normalement, les pulsions et les désirs sont ajournés, ou inhibés quant à leur but, ou détournés vers d'autres buts (sublimation) ou vers d'autres objets (déplacement), ou tout simplement refoulés, ou remplacés par des plaisirs de substitution, etc..., en raison du principe de réalité. L'impulsion agie, elle, témoigne d'un retour au principe de plaisir, le sujet ayant dû accepter « comme impératif essentiel la

satisfaction immédiate et sans discrimination des besoins et des pulsions..., oublier les exigences du milieu. Se comporter selon le principe de réalité signifie restreindre, modifier et ajourner la gratification dans un souci de sécurité, faire une place à la prévention des conséquences contraires qui pourraient découler des conflits avec l'environnement ».

Le court-circuit qui évoquait un réflexe (RIESE), une activité élémentaire peut se voir de la même façon comme une défection du Moi (ego-defect). Les actes impulsifs ont en commun (FROSCH, GREENSON) : leur caractère d'irrésistibilité, la distorsion minimale de l'impulsion (due au court-circuit shuntant les mécanismes de défense), l'existence d'une composante hédonique (assouvissement de la pulsion), la syntonie au Moi (qu'elle soit immédiate, le Moi ayant fait alliance avec le Ça, ou qu'elle corresponde à une rationalisation secondaire). « La portion la plus consciente du Moi, ...renonce au contrôle de la motilité... C'est alors que la pulsion d'agir, l'agressivité se réalisera » (128). Cette faiblesse instantanée du Moi peut être liée, par exemple, à l'extrême intensité des pulsions, à la perte brutale des défenses névrotiques habituelles (due à une maladie organique, à une psychose collective, ou à des maladroites de l'analyste, par exemple).

L'impulsivité semble témoigner d'une défection chronique du Moi, d'une immaturité ou d'une régression de celui-ci. Lorsque la régression du Surmoi et du Moi est plus importante que celle du Ça, la censure, plan de clivage entre le Ça et le Moi, tend à s'effacer. « Il en résulte un comportement impulsif, une percée des affects et des tendances agressives, des brèches fréquentes dans le contrôle du Ça et l'irruption d'éléments irrationnels dans la conscience... et dans le comportement » (59). A un degré de plus, le Moi et le Surmoi cèdent sous la pression régressive, le conflit interne entre Ça et Moi disparaît (le Moi fait alliance avec le Ça), les pulsions deviennent syntones au Moi, le sujet est soumis au principe de plaisir. Le contrôle des pulsions est laissé au monde extérieur (conflit externe), dont le châtiement attendu est variable : castration (stade phallique oedipien), critiques et punitions émanant de l'objet (stade sadique-anal), perte de l'objet réel (lorsqu'il est intériorisé), angoisse de séparation, c'est-à-dire peur d'être annihilé par la perte de l'objet (non intériorisé). A ce stade il y a inflexibilité de la réalité, déni de la castration et de la frustration du désir, perturbations profondes des identifications (H. FENICHEL), on est à la frontière des états psychotiques. Une dépression s'associe fréquemment à cette impulsivité, GREENSON parle de « déprimés impulsifs ». L'appel à la motricité permet d'échapper à l'angoisse : « Les impulsions irrésistibles servent soit à échapper à un danger réel ou imaginaire, soit à nier un danger, ou encore pour rassurer contre un danger » (FENICHEL), c'est ce caractère défensif qui explique en partie l'irrésistibilité de l'impulsion.

Le patient impulsif ne supporte pas l'angoisse et la décharge se produit immédiatement en actions massives et peu intégrées, en réaction soit à des aspects érotiques ou agressifs du transfert (ou de son homologue), soit à d'autres conflits qui peuvent être aussi bien extra-transférentiels. Le comportement impulsif ne peut être interrompu ni prévenu par l'interprétation du transfert, car le Moi ne peut créer des relations d'objet assez différenciées. « Le thérapeute doit convaincre son équipe de la nécessité de contrôles imposés de l'extérieur... Le patient a besoin d'apprendre les limites à l'intérieur desquelles il doit vivre... c'est donc en quelque sorte un programme éducatif pour lequel des limites réalistes et particulièrement claires sont tracées par toute l'équipe ; ces contrôles externes doivent être maintenus jusqu'à ce que l'évidence se fasse, que des développements ont eu lieu, permettant au Moi d'assumer ces contrôles... aptitude à différer l'action, à éprouver angoisse et culpabilité et à tenir compte des sentiments des autres patients ou des membres de l'équipe » (145).

Le patient impulsif semble, dans son comportement, investir l'action d'une toute-puissance magique, aux dépens du langage et de la pensée (on évoque l'extrême impulsivité des sourds-muets, rapportée par ABELY). « C'est dans le langage que l'homme trouve un substitut à l'acte, substitut grâce auquel l'affect peut être abrégé presque de la même manière », dit FREUD. L'impulsivité est ainsi liée à des insuffisances dans l'ordre du langage. Normalement, le langage est un bon vecteur de pulsions, qui se prête à un investissement occasionnel, permettant la psychothérapie ; mais s'il est investi massivement, tout entier infiltré au cours des remaniements pathologiques, il perd son autonomie et ne peut plus être utilisé pour la décharge des pulsions, qui se déchargent alors en actions (25). Les analystes connaissent bien la vertu préventive des acting-out que portent la verbalisation et la fantasmatisation.

CONCEPTIONS PSYCHOGÉNÉTIQUES

La genèse du Moi

Le désir est d'abord la répétition hallucinatoire d'une expérience de satisfaction (la tendance est alors d'extérioriser le fantasme sous forme d'action motrice, à la recherche de cette satisfaction). Mais la satisfaction hallucinatoire est impossible, ce qui amène l'appareil psychique du nourrisson à constituer l'image du monde non plus tel qu'il désirerait qu'il soit, mais tel qu'il est. L'instauration du principe de réalité amène l'amélioration de la décharge motrice, qui devient une action visant à une transformation appropriée de la réalité.

Le contact avec la réalité amène la différenciation du Moi à partir du Ça. « Par ordre du Ça, le Moi a la haute main sur l'accès

à la motilité, mais il a intercalé entre le besoin et l'action le délai nécessaire à l'élaboration de la pensée » (FREUD), le Moi « intercale, entre la revendication pulsionnelle et l'action, la pensée qui, s'étant orientée dans le présent et ayant utilisé les expériences antérieures, tente de deviner par des actions d'épreuve le résultat des entreprises envisagées. Le Moi arrive de cette façon à déceler si la tentative pour obtenir la satisfaction doit être effectuée ou ajournée, ou si la revendication de la pulsion ne doit pas être purement et simplement réprimée comme dangereuse (principe de réalité) ». La pulsion vers la satisfaction est soumise à une première inhibition, l'épreuve de réalité qui est médiation par la préméditation de l'action (anticipation). C'est le stade de toute puissance de la pensée magique (FERENCZI). La médiation se fait par un processus d'intériorisation constituant l'objet interne (processus à la base de la fantasmatisation et de l'intellectualisation). Une brèche se fait entre le désir et l'acte, que vient combler la pensée. Le Moi se constitue par un double processus de polarisation, différenciant le Moi du Ça, et de démarcation, différenciant le Moi de la réalité, le monde intérieur du monde extérieur. Ce développement se nourrit des relations avec la mère, dans une dialectique entre similarité et différence, entre gratification et frustration (c'est la gratification qui est la source des richesses intérieures de l'enfant, mais c'est la frustration qui permet la séparation d'avec la mère, la conquête de l'autonomie); dialectique entre stimulation et stabilité, entre proximité et distance. Dans le déséquilibre de ces couples antithétiques siège la cause de la faiblesse du Moi (135). Pour que l'enfant renonce à la satisfaction immédiate de ses besoins, il est nécessaire qu'il puisse préférer le bien-être que lui apportent l'amour et l'approbation de la mère, celle-ci doit donc être suffisamment présente et suffisamment tolérante à l'insatisfaction des besoins socialement indésirables de l'enfant (88) (son absence, ses incertitudes ou ses troubles névrotiques sont introjectés tels quels). C'est par son activité motrice que l'enfant apprend à se séparer physiquement de la mère, et que la satisfaction donnée par la motricité contribue à l'individualisation et à la conquête de l'identité; l'angoisse de dépersonnalisation, immanente à cette époque, amène le sujet à rechercher dans l'action ce qui « le rend à lui-même » (ANGEL).

Le jeu

La motricité reste sous-jacente à toutes les formes de relation d'objet (issues de la motricité) car la menace du retour de l'énergie pulsionnelle sur le mode moteur maintient et renforce l'édification de systèmes de relation plus évolués. L'éloignement de la relation motrice primitive, grâce aux systèmes d'intériorisation, permet le maintien de la relation avec l'objet extérieur. Si, en effet, la tendance motrice dominait, la fuite des stimulations extérieures pénibles prendrait trop souvent le pas sur le désir moteur

d'approche, la constance nécessaire des contacts extérieurs serait sans cesse menacée (101).

Le petit garçon qui joue avec sa bobine maîtrise peu à peu la distance de la relation d'objet. « Tandis que l'action est un essai de maîtrise immédiate de la réalité, l'activité de jeu actuelle est une activité différée, dans la mesure où elle concerne la réalité et où elle combine la quasi-satisfaction qu'apporte le jeu avec un essai de solution du conflit. Bien que le jeu de l'enfant ait été considéré comme son premier grand accomplissement culturel, au moyen duquel il devient capable de renoncer à la satisfaction immédiate, il est encore très proche du mode de pensée conforme au processus primaire » (EKSTEIN et FRIEDMAN).

« La représentation des choses ne parvient bien à s'imposer qu'à travers les gestes qui les réalisent ou les expriment dans leur détail complet et dans leurs circonstances successives. Elle y reste comme incorporée... L'activité symbolique semble chez l'enfant manquer encore d'espace mental pour survoler le réel, le mouvement ou l'attitude qui rendent la chose comme présente paraissent l'emporter sur les repères abstraits entre lesquels il appartiendrait à l'esprit de la situer. La pensée est encore soumise au geste, au lieu de l'entraîner » (WALLON, 143). Cette liaison intense entre acte et pensée est également une caractéristique des primitifs, d'après FREUD (58). L'action a une puissance magique (GREENACRE), faire quelque chose de façon à ce que ça paraisse vraisemblable équivaut réellement à faire le vrai. La vision coordonne pensée et action et à cette époque les yeux sont des organes de dévoration, voir et être vu sont les moyens de partager, de participer, d'être proche de l'objet (GREENSON).

L'opposition

L'activité psychologique se dégage progressivement de la relation d'objet sensori-motrice primitive, inséparable des besoins immédiats de décharge qui caractérisent le stade oral. « Elle fleurit lors de l'érotisation de la rétention au cours du stade anal, témoin de l'établissement d'un lien libidinal avec un objet intérieur, constitué de diverses formules fantasmatiques » (101). Ces formules évoluent progressivement jusqu'à l'intellectualisation par formation du langage, jusqu'à l'abstraction, dont tout mouvement est absent. Fantasmatisation et intellectualisation sont bien des rejetons de la relation motrice primitive et sont à la fois des mécanismes de défense et des constituants du Moi. « Cette évolution se traduit par une intériorisation de plus en plus profonde des relations d'objet qui découlent des rapports avec le monde extérieur et des stimulations issues de ce dernier » (101).

La personnalisation s'accroît, la concentration du Moi vers l'action investit le corps d'une façon motrice, soutenue par un certain mode de pensée : l'érotisation de la rétention fécale est soit

un rituel adapté (associé au projet), soit un délit (avec préméditation), et cette activité reçoit de l'entourage une dénomination dont l'usage ultérieur deviendra la garantie de la permanence du lien avec le milieu (53)... L'enfant peut alors dire non.

« Avant l'acquisition du Non sémantique, les pulsions libidinales et agressives devaient se décharger dans le cadre des relations objectales, par une action musculaire volitive directe. Maintenant, les processus idéationnels s'interposent, le jugement entre en jeu, un choix s'opère entre le Non et le Oui. A la place de l'action musculaire directe, une nouvelle fonction devient disponible : l'emploi du Non contre l'objet libidinal. Cette étape capitale introduit la possibilité de remplacer l'attaque par la discussion, réalisation qui ne se rencontre que chez les êtres humains » (SPITZ, 134).

Vers 3 ans, survient ce que WALLON nomme une crise d'opposition, l'opposition est toute négative, son seul enjeu est la victoire, avec ce qu'elle représente d'affirmation de soi et de conquête d'autonomie.

L'interprétation

L'adolescent, dans ses actes impulsifs multiples, nie sa faiblesse « pour affirmer par exagération son indépendance à l'égard de la mère archaïque active et pour exercer une action contraire à la poussée régressive vers la passivité en niant sa dépendance aux dépens de la réalité » (BLOS). Il interprète des personnages, répétant ainsi activement les rôles futurs de la vie réelle. A ce stade, l'activité dans son ensemble est marquée par la capacité de temporisation et d'adaptation caractéristiques de la maturité et du processus secondaire (EKSTEIN).

LES TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT

Une frustration très précoce inhibe la réalisation hallucinatoire du désir ; aucune satisfaction ne permettant l'attente, le désir doit être réalisé sans délai, donc sans élaboration mentale (111). L'angoisse de perte de la source de satisfaction ne peut être correctement dépassée, d'où un aspect « dépressif impulsif » (FENICHEL). Par contre, si la mère est hyperprotectrice, l'enfant ne peut éprouver de frustrations suffisantes ; là encore, les mécanismes de temporisation sont fragiles, on aboutit à un aspect « comme si » (H. DEUTSCH).

GRINBERG considère que l'impulsivité repose sur un ensemble central de troubles caractérisé par une « identification projective », répétition du deuil résultant d'une perte précoce de l'objet, réelle ou imaginaire, avant l'acquisition du sentiment de l'unité de soi. Les éléments identifiés-projetés sont mis de côté, et l'enfant établit de nouvelles identifications projectives à l'objet de substitution ;

« l'enfant, lorsqu'il éprouve la perte de l'objet primaire (la mère) avant d'avoir trouvé un objet de substitution (le père), ressent une angoisse aiguë du fait d'être à mi-chemin et réagit comme s'il était soudain confronté à un vide, il entre alors dans un accès d'impulsivité afin de ne pas se perdre lui-même dans le vide ». GRINBERG rejoint là BOUVET (l'action évite la dépersonnalisation), RACAMIER (l'agression est « élan de personnalisation »), MARTY et FAIN (101), etc... GREENACRE considère qu'une telle situation est impossible, l'objet de substitution venant compléter au cours de la deuxième année l'objet primaire qu'il renforce, et qu'il n'y a pas d'intervalle vide, de cassure où l'enfant risquerait de se perdre. Au contraire, ses patients impulsifs semblent avoir été trop étroitement proches de leurs parents ; la séparation, qui doit normalement avoir lieu au stade introjectif-projectif, est retardée ; l'intensité des expériences de proximité et de séparation est accrue, et les parents, pourtant à portée de main, ne peuvent être atteints que par les pleurs ou la colère. Une stimulation visuelle et motrice excessive et répétée résulte d'une étroite promiscuité qui met l'enfant à la fois dans et hors la vie sexuelle ou agressive des parents, intensément stimulé mais ne pouvant intervenir, dans une situation proche de l'abandon, avec sentiment de perte, de jalousie, et de profonde humiliation. Ultérieurement l'acte impulsif survient, à titre de défense contre cette passivité forcée qu'elle nie et compense, dès que la situation humiliante est reproduite (par la cure analytique, par exemple).

KANZER estime que les parents ne parviennent pas « à fournir les objets et les identifications nécessaires à maintenir les tensions instinctuelles à l'intérieur des limites les meilleures pour promouvoir le développement approprié des fonctions du Moi ».

ALTMAN pense également à un « renforcement des besoins instinctuels [de la phase orale] par la satisfaction qu'apportent à l'enfant des exigences similaires chez un parent et donnant lieu à des acting-out réciproques relatifs à ces besoins ».

L'incapacité à internaliser les conflits (qui caractérise l'impulsivité) traduit, pour certains auteurs, une mauvaise différenciation entre l'enfant et la mère ; l'enfant reste alors (anormalement) en communication inconsciente avec elle, anormalement réceptif aux impulsions issues du Ça maternel, puis du Ça d'autrui, réagissant tout autant à ces impulsions externes qu'aux siennes propres (BIRD).

Les tendances ostensiblement interdites sont involontairement récompensées et induites par les parents, qui dérivent dans la personne de l'enfant la satisfaction substitutive de leurs propres désirs inconscients (un seul des enfants peut être victime de cette situation, les autres ayant été capables d'établir, à partir de leurs parents, des identifications socialement plus acceptables). JOHNSON évoque ainsi la complicité pour excuser les absences à l'école, l'intérêt et le plaisir sensibles aux délits de l'enfant, même si ceux-ci

sont punis, l'hypocrisie et la malhonnêteté des parents, leur angoisse excessive et leur rage à propos de délits mineurs, suggérant qu'eux-mêmes pourraient bien laisser échapper leurs propres impulsions. Ainsi, il n'y aurait pas affaiblissement de l'épreuve de la réalité, mais plutôt une appréciation de celle-ci orientée par les tendances inconscientes des aînés. Il n'y aurait pas recherche inconsciente de punition rédemptrice et levant la culpabilité, mais bien plutôt dans ces cas, grand soulagement à être enfermé, à l'abri des impulsions imposées de l'extérieur. JOHNSON rapporte les accès de colère d'un patient à l'évocation d'une certaine période à laquelle la mère se détournait de lui lors des bagarres à l'extérieur, alors qu'à la maison elle interdisait les disputes avec le frère.

L'enfant peut aussi hériter son impulsivité des conflits qui divisent son entourage immédiat (CAROLL, GREENACRE) en particulier au cours de la deuxième année, et « surtout si l'une de ces personnes [prend] l'enfant comme confident, avec la consigne formelle de ne pas trahir son secret ».

GREENACRE considère que c'est, au cours de la deuxième année, l'échec partiel ou les difficultés de la verbalisation qui pérennisent l'expression par l'acte, le langage n'étant pas investi et ne permettant pas une orientation correcte vers la réalité. « Si le père ou la mère dit Non puis fait comprendre Peut-être ou Oui par ses actes, un trouble se produit lorsque le Moi immature essaie d'intégrer le fait avec les expériences préalables comportant le père, la mère ou d'autres personnages. Quand les messages font comprendre à plusieurs reprises que l'acte, et non le mot, est l'élément réel de communication, le Moi ne peut charger le mot de l'affectivité suffisante : c'est l'action qui est le plus investie, et sa reproduction devient la façon la plus significative de s'identifier et de se relier à l'objet. De plus, la discordance dans le lien entre le mot et l'action, instrument des expériences éducatives et relationnelles, rend celles-ci également discordantes. Elle aboutit aussi à des identifications anormales du Surmoi, à un affaiblissement des capacités de relations objectales, à une inadéquation des processus de neutralisation, de temporisation et de détour, entraînant une décharge explosive, irrégulière et mal dirigée des dérivés des pulsions agressives et libidinales » (145).

« Exactement comme l'enfant, avant d'avoir des mots à sa disposition, doit s'exprimer par des actes, le patient se livrant à des acting-out n'est pas capable de réaliser le contact affectif de ses sentiments avec des mots et doit agir ses désirs, ses peurs, ses colère et ses impulsions de toutes sortes » (BIRD).

CHAPITRE XI

ESSAI DE SYNTHÈSE

L'étude de l'impulsivité met en évidence l'importance des fixations-pré-verbales, celle du défaut de verbalisation donnant au geste le primat en ce qui concerne la communication. Plus généralement, il s'agit bien, aussi, du passage du langage à l'acte, lorsque la relation avec autrui est impossible ou insuffisante, pour des raisons individuelles (difficulté d'exprimer en paroles un affect ou une tendance) ou interpersonnelles (on a relevé, par exemple, le rôle de l'isolement, celui des incidents du transfert, etc...). Le geste est nécessaire, ce qui ne peut être dit doit être joué (acted out).

Cet appel à un mode non verbal de relation est le propre de l'adolescent et de l'adulte jeune, comme en témoigne fortement l'expérience clinique.

Il semble bien aussi que l'action, et ses modalités, dépendent assez régulièrement du biotype.

Le passage à l'acte, dans la clinique psychiatrique, se situe entre deux pôles extrêmes, l'obsession-impulsion où l'acte, riche de contenu symbolique, résulte d'un violent combat intérieur, et l'action du déséquilibré, qui est purement et simplement une façon d'être.

LES TROUBLES DE LA CONSCIENCE

L'acte impulsif surgit sur un fond particulier dont les éléments peuvent être primitifs ou secondaires, et atteindre un degré variable. La confusion, obscurcissement de la conscience, baisse de niveau

psychique, voire dissolution (comitiale ou confuso-onirique, par exemple) traduit le trouble global du fonctionnement psychique. L'obnubilation, rétrécissement, polarisation du champ de la conscience faite prisonnière par la tendance, est extinction de secteurs entiers de la pensée, ce qui ne va pas sans troubles de l'attention et du contact avec la réalité, entraînant en particulier une désorientation temporo-spatiale et un arrêt de la fixation mnésique.

Le sentiment de dépersonnalisation traduit ce rapt par la tendance de la personne, qui ne se reconnaît plus.

D'AUTRES ÉLÉMENTS

sont éventuellement en cause, de façon plus spécifique : ainsi l'idée obsédante (dans la névrose obsessionnelle), la conviction délirante, l'hallucination ou l'image onirique ; d'autre part, comme le disait ORESME, la douleur (le mal ou le malaise physique, ou l'émotion pénible ou la peur) et la fureur.

Les phénomènes de suggestion, d'imitation, d'identification peuvent également jouer.

Les mécanismes neurologiques, humoraux, ou chimiques, se traduisent cliniquement par des états de tension ou d'instabilité psychomotrice, à rapprocher des états de tension psychosomatique d'origine affective.

LA LEVÉE DE L'INHIBITION

L'aspect instrumental de ce phénomène, c'est la défaillance momentanée (ou la faiblesse habituelle) des fonctions supérieures de la vie de relation, accumulant les informations issues du monde extérieur pour les intégrer aux expériences passées et aux schémas de conduite, anticipant les conséquences matérielles de l'action éventuelle, les soumettant au jugement d'efficacité et de but.

L'aspect topique, c'est la référence à un jugement critique d'ordre éthique, intégrant l'action éventuelle aux systèmes de valeurs morales, à l'Idéal du Moi, la confrontant aux interdits et tabous, anticipant les sanctions : récompense, ou perte de l'objet ou de son amour, représailles physiques ou culpabilité.

L'aspect dynamique, c'est l'appel aux mécanismes de défense du Moi, en vue d'un arrêt pur et simple ou d'une temporisation, d'un détour ou de telle ou telle transformation de la tendance, telle quelle inacceptable. Ces mécanismes étant plus ou moins nombreux, et d'usage plus ou moins souple, le conflit est plus ou moins bref.

Enfin, une question reste pendante : celle de la signification de l'inhibition psychomotrice, telle qu'elle apparaît dans la mélancolie, extrême opposé du passage à l'acte mais en étroites relations avec lui (phénomène de scansion).

Tous ces éléments : troubles de la conscience, facteurs plus spécifiques, processus de levée de l'inhibition, se rejoignent et se fondent dans un phénomène unique : l'angoisse.

ANGOISSE ET PASSAGE A L'ACTE

L'angoisse est un élément essentiel du passage à l'acte, elle ne manque jamais. Cette constance trouve une explication dans l'archaïsme des liens qui unissent l'angoisse et la motricité, ainsi que l'observe FREUD (65) : « L'angoisse est donc un état de déplaisir particulier, accompagné d'actions de décharge le long de voies déterminées... l'angoisse a pour fondement une élévation du niveau d'excitation qui d'une part crée le caractère de déplaisir et aboutit d'autre part aux décharges dont nous avons parlé, qui viennent soulager l'excitation ».

L'angoisse est une reproduction du traumatisme de la naissance, régulièrement associée au danger ensuite ; « ainsi quand l'individu se trouve exposé à une nouvelle situation de danger, il peut être impropre qu'il y réponde par l'état d'angoisse, réaction à un danger antérieur, au lieu de prendre l'initiative de la réaction adéquate au danger actuel. Mais cette réponse peut redevenir appropriée si la situation de danger, reconnue au moment où elle approche, est signalée par l'accès d'angoisse. L'angoisse peut alors être aussitôt évacuée par des mesures plus adaptées à la situation ». L'angoisse est donc une incitation à l'action, fuite ou attaque, ses corollaires somatiques (hyperpnée, hypertension, tachycardie) sont une préparation au mouvement (ALEXANDER).

L'angoisse, survient dans une autre situation de danger, « celle de l'insatisfaction, de l'accroissement de la tension, du besoin... où des quantités d'excitation atteignent un niveau déplaisant, sans maîtrise possible par utilisation psychique et décharge », ainsi dans la lutte contre l'idée obsédante, au-delà d'un certain niveau d'angoisse (d'excitation), la décharge est automatique, bousculant les barrages des conjurations et des interdits.

« La situation de danger est la situation de détresse reconnue, remémorée, attendue. L'angoisse, réaction originaire à la détresse dans le traumatisme, est reproduite ensuite dans la situation de danger comme signal d'alarme. Le Moi qui a vécu passivement le traumatisme, en répète maintenant de façon active, une reproduction atténuée, dans l'espoir de pouvoir en diriger le cours à sa guise. Comme nous le savons, l'enfant se comporte de la même façon face à toutes les impressions qui lui sont pénibles en les répétant dans

le jeu ; par ce passage de la passivité à l'activité, il cherche à maîtriser psychiquement les impressions de sa vie. Si c'est ce que l'on entend par abréaction du traumatisme, nous n'avons plus d'objection à élever contre ce terme » (FREUD, 65).

LE PHÉNOMÈNE DE SCANSION (25, 62, 85, 98)

Au long de l'inventaire nosologique on a remarqué que les troubles impulsifs du comportement surviennent, dans l'épilepsie, la catatonie, la névrose obsessionnelle, les dipsomanies, la mélancolie, à certaines phases d'un balancement périodique, qui évoque un processus de régulation, un principe réducteur des tensions intrapsychiques analogues au principe de constance de FECHNER, au principe de Nirvana de FREUD, au principe d'homéostasie de CANNON. JANET (77) y consacre une partie de ses travaux et établit la notion de décharge.

COURCHET, dans son étude sur le suicide (25) souligne le phénomène de scansion, alternance d'excitation et d'inhibition motrices et verbales. « La réaction mélancolique, réaction de défense très archaïque, très au bord du chaos qui risque de submerger le Moi, laisse apparaître sous forme visible et patente, à l'état nu, un processus répétitif qui est constant mais latent à l'état normal ; nous nous sommes demandé... si cette activité périodique n'était pas la transfiguration, l'exacerbation peut être de la toute première activité du Moi, celle qui fonde ses premiers noyaux, qui aboutit à la constitution du narcissisme salulaire », et qui est le sentiment que l'objet réel est alternativement bon et mauvais, la confrontation itérative des objets internes à l'objet réel, l'activation itérative des Imagos. Chez l'individu normal, l'oscillation serait non seulement latente mais rapide et presque imperceptible, alors que la mise en œuvre de défenses pathologiques s'associe à un rythme plus lent, « structuré, remanent, figé ». De plus, existe un phénomène d'« induction mimétique », tel qu'on l'observe dans le suicide d'Anna Karénine (l'amant dort immobile et elle s'immobilise, les roues du train se mettent en mouvement et elle se précipite dessous).

LORENZ (98) fait en 1937 la démonstration expérimentale que « plus longue est la période pendant laquelle une séquence de mouvements (constituant une réaction instinctive) n'est pas déclenchée, plus s'abaisse le niveau du seuil de l'excitation qui déclenche cette séquence, jusqu'au cas limite où, en l'absence d'excitation extérieure décelable, cette dernière, dite réaction à vide, surgit brutalement, bien évidemment sans remplir dans ce cas, en aucune manière, son rôle conservateur de l'espèce ». « L'apparition d'une disponibilité croissante au cours de l'intervalle séparant deux déclenchements du mouvement instinctif imposait déjà en soi l'idée de processus interne d'accumulation. Cette supposition fut fortement

confirmée lorsqu'il s'avéra que le mouvement instinctif contenu, outre qu'il entraîne un abaissement passif du seuil de déclenchement des excitations, amène surtout l'organisme en repos à quitter cet état de quiétude et à chercher activement la situation d'excitation provoquant le déclenchement », ce qui distingue du réflexe ce phénomène, déjà nommé par CRAIG (1910) comportement d'appétence, matériel de base des travaux de VON HOLST qui aboutit en même temps que LORENZ à des conclusions identiques sur l'existence d'un processus d'accumulation. En clinique, l'acte impulsif est d'autant plus violent que l'inhibition psychomotrice préalable est intense (et prolongée ?).

CRAIG et LORENZ font un schéma de l'action instinctive : production endogène des excitations — comportement d'appétence — intervention de la situation d'excitation spécifique qui met en mouvement le mécanisme inné de déclenchement — libération de l'acte consommatoire qui décharge l'énergie accumulée. Ce schéma doit recevoir des nuances, en particulier la possibilité d'actes consommatoires variés, plus ou moins spécifiques, exclusifs et orientés (HEINROTH) ; « l'activation de chaque disponibilité à l'action... se produit selon la succession de leur niveau d'intégration, du plus élevé au plus bas. Elle commence avec le jaillissement d'une disponibilité très générale à l'action et se situant à un niveau d'intégration élevé, disponibilité qui en contient plusieurs autres, plus particulières, dont elle constitue la condition préalable. Elle se termine par le déclenchement de l'action finale la plus spécifique, qui n'en contient plus d'autres et constitue un but, à savoir l'action consommatoire de CRAIG. Cette imbrication de disponibilités à l'action, plus ou moins lâches et plus ou moins étroites, fut qualifiée par TINBERGEN et BAERENS du terme très adéquat de — hiérarchie des humeurs —... ».

LORENZ évoque le cas des comportements agressifs, alors l'accumulation « ...peut ainsi devenir très gênante, voire dangereuse, quand une collectivité très restreinte est entièrement coupée du contact avec ses semblables, grâce auquel les pulsions refoulées peuvent être désamorcées ».

L'auteur relie ses observations aux travaux de neuro-physiologie (VON HOLST, WEISS, etc...) démontrant l'aptitude élémentaire du système nerveux central à la génération spontanée d'excitations à régulation automatique, et à ceux qui postulent l'existence d'une série hiérarchique de centres fonctionnels ou localisés (dans les cornes antérieures de la moelle, selon VON HOLST, dans l'hypothalamus selon VON HESS) qui activeraient les disponibilités d'actions générales ou plus particulières (on rejoint là les notions exposées au chapitre III).

La séduction que comporte la possibilité de relier ainsi les théories neurophysiologiques, psychanalytiques et comportementales, recouvre probablement de nombreuses difficultés (comme celle, particulièrement évidente, de la fréquence, au sens physique du terme, du phénomène de scansion).

« J'ai pensé que je n'avais qu'un demi-tour à faire et ce serait fini. Mais toute une plage vibrante de soleil se pressait derrière moi. J'ai fait quelques pas vers la source. L'Arabe n'a pas bougé. Malgré tout, il était encore assez loin. Peut-être à cause des ombres sur son visage, il avait l'air de rire. J'ai attendu. La brûlure du soleil gagnait mes joues et j'ai senti des gouttes de sueur s'amasser dans mes sourcils. C'était le même soleil que le jour où j'avais enterré Maman et, comme alors, le front surtout me faisait mal et toutes ses veines battaient ensemble sous la peau. A cause de cette brûlure que je ne pouvais plus supporter, j'ai fait un mouvement en avant. Je savais que c'était stupide, que je ne me débarrasserais pas du soleil en me déplaçant d'un pas. Mais j'ai fait un pas, un seul pas en avant. Et cette fois, sans se soulever, l'Arabe a tiré son couteau qu'il m'a présenté dans le soleil. La lumière a giclé sur l'acier et c'était comme une longue lame étincelante qui m'atteignait au front. Au même instant, la sueur amassée dans mes sourcils a coulé d'un coup sur les paupières et les a recouvertes d'un voile tiède et épais. Mes yeux étaient aveuglés derrière ce rideau de larmes et de sel. Je ne sentais plus que les cymbales du soleil sur mon front et, indistinctement, le glaive éclatant jailli du couteau toujours en face de moi. Cette épée brûlante rongait mes cils et fouillait mes yeux douloureux. C'est alors que tout a vacillé. La mer a charrié un souffle épais et ardent. Il m'a semblé que le ciel s'ouvrait sur toute son étendue pour laisser pleuvoir du feu. Tout mon être s'est tendu et j'ai crispé ma main sur le revolver. La gâchette a cédé, j'ai touché le ventre poli de la crosse et c'est là, dans le bruit à la fois sec et assourdissant, que tout a commencé. J'ai secoué la sueur et le soleil, J'ai compris que j'avais détruit l'équilibre du jour, le silence exceptionnel d'une plage où j'avais été heureux. Alors, j'ai tiré encore quatre fois sur un corps inerte où les balles s'enfonçaient sans qu'il y parût. Et c'était comme quatre coups brefs que je frappais sur la porte du malheur ».

(A. CAMUS : *L'Etranger*.)

DEUXIÈME PARTIE

**LES PASSAGES A L'ACTE
DANS LES SERVICES DE PSYCHIATRIE
ET LES ÉLÉMENTS RELATIONNELS
EN CAUSE
DANS LEUR DÉCLENCHEMENT**

Herman SIMON a affirmé que lorsqu'il arrive un incident dans un pavillon, par exemple un carreau cassé, la cause doit en être recherchée non pas par la maladie du patient, mais dans celle du pavillon, considéré comme une entité vivante, capable d'être malade. « Toute thérapeutique est transformation du milieu, au sens le plus large du mot. Par conséquent, tout événement particulier qui ne nous plaît pas chez un malade devra toujours être étudié en relation avec les causes qui viennent du milieu et ont déclenché le dit événement. Dans ces circonstances les mesures à prendre ne devront pas agir sur le malade perturbateur mais sur le milieu, sur la cause, tantôt il faudra appliquer ces mesures à l'ambiance générale du quartier, tantôt à d'autres malades, à la conduite inadéquate du personnel infirmier, à celle du médecin directeur lui-même ».

« Souvent ce qu'on prend pour les symptômes de la maladie n'est que la réaction provoquée par les moyens de contention », dit L. MEYER.

L'agitation est un comportement réactionnel surchargeant le tableau clinique primitif, c'est avant tout l'agitation de l'entourage. « Le sujet est agité, violent, dangereux, il fait peur ; on ne sait pourquoi il est agité ; on ne le comprend pas et on en a encore plus peur, et pourtant il va falloir agir vite, sévèrement, ou du moins on le croit. Les attitudes maladroites du milieu tiennent à ce type de vécu non pas du malade, mais du milieu environnant. La malade a peurée, les réactions intempestives souvent agressives du milieu tiennent encore à un sentiment obscur que le malade agité n'est pas totalement coupé de l'ambiance. C'est un fait que l'agité perçoit souvent, au contraire, la réalité ambiante avec acuité, à commencer par le sentiment de peur qu'il inspire. Cette non-rupture d'avec la réalité est au moins un facteur d'entretien, sinon d'aggravation du tableau d'agitation... le sujet peut dominer le milieu par son agitation, comme il peut en même temps obtenir le drame coercitif final, qu'il recherche dans bien des cas. L'agité et le milieu ambiant entrent ainsi dans un cercle infernal dont l'entourage, qui se veut le plus fort, ne peut échapper que par la prise de mesures coercitives, tout aussi spectaculaires que l'agitation elle-même. L'une des erreurs les plus fréquentes est de n'avoir pas compris que le

comportement du sujet est souvent déjà, en lui-même, un appel à de telles mesures dramatiques » (26). « L'agitation est une forme d'inadaptation qui emprunterait ses caractères de violence, d'agressivité, de turbulence, de colère, d'anxiété, d'érotisme, de théâtralisme... à la structure psychopathologique dont elle dépend » (EY).

L'agitation est un comportement indifférencié qu'il faut ranger à côté d'actes plus organisés, tels que les fugues, les auto- et hétéro-agressions, dans l'ensemble des troubles de l'adaptation du malade au milieu soignant, et qui reçoivent souvent la dénomination de passages à l'acte.

J.-C. BENOIT a fait une étude numérique des troubles du comportement dans un pavillon de 30 lits, pendant un an, ce qui représente 120 malades ; 44 de ces malades, 21 hommes et 23 femmes, sont impliqués dans 120 faits notés, 75 par des femmes, 45 par des hommes. Ces faits ne sont pas tous impulsifs, mais donnent une vue « à faible grossissement » du matériel clinique.

Dans une première catégorie, sont rangés des phénomènes de tension relationnelle : entorse aux règles du service, qui sont essentiellement l'acceptation des soins médicaux prescrits et la relation permanente offerte par l'équipe soignante : 24 refus de traitement (dont 12 par 3 malades en période difficile), 7 stockages de médicaments, 2 consultations prises en secret à l'extérieur, 4 réunions privées dans une chambre, 5 ivresses, 2 rencontres dans une chambre entre malades de sexe opposé.

Dans une deuxième catégorie, les fugues et équivalents : 4 hors de la région (3 malades légers, 1 schizophrène), 10 dans la région, 11 à l'intérieur de l'hôpital (absences non signalées, recherches, refus de rentrer au pavillon), 6 retards au retour de permission.

Dans une troisième catégorie, les comportements et menaces auto-agressifs : aucun suicide réussi, 4 tentatives (3 par médicaments dont 2 identiques à 6 mois d'intervalle chez une jeune femme atteinte de névrose anxieuse atypique, et 1 phlébotomie), 14 menaces de suicide (3 dépressions franches, 6 crises d'angoisse, 4 chantages névrotiques, 1 démence), 1 comportement agressif non suicidaire.

Dans une quatrième catégorie, les comportements et menaces agressifs vis-à-vis des soignants, des autres malades ou des objets matériels ; 3 attaques contre un autre malade, 3 attaques contre un membre du personnel, 12 crises clastiques. Dans la majorité des cas, ces faits sont dus à 3 malades : un comitial post-traumatique (4 incidents), une prépsychotique (3 incidents), un schizophrène (2).

Au total, il s'agit de 7 malades : 2 jeunes filles prépsychotiques (dont l'une est citée 13 fois), 1 jeune délirante paranoïde (citée 11 fois), 1 schizophrène, 1 névrose anxieuse atypique, 2 déséquilibrés mâles, l'un de type dépressif (5 fois cité), l'autre pervers (6 fois cité), on note la prévalence de femmes jeunes.

*
**

« La sœur M. est aux environs de la ménopause. C'est une femme grande, d'aspect doux mais ferme, qui rappelle souvent qu'elle a élevé ses neveux. Pendant longtemps nous l'avons connue exerçant une autorité bienveillante, spécialement envers celles de ses malades qu'elle pourra orienter vers la religion, utilisant avec elles des relations assez amicales, s'engageant très profondément dans ses relations et oubliant du même coup certaines attitudes, fréquentes chez ses collègues, d'autoritarisme de propriétaire de pavillon. Mais progressivement en quelques mois, l'attitude de cette infirmière se modifie au fur et à mesure que se tendent les relations, jadis confiantes, avec le médecin. Certains éléments de transfert négatif apparaissent manifestement, sous forme d'agressivité envers des malades auxquelles le médecin paraît s'intéresser. Quelques incidents naissent, jusqu'à une crise qui se noue un soir où une malade, récemment déplacée d'un pavillon voisin dans le sien (pour des raisons purement contingentes) a été mal prise, s'est enfermée dans sa chambre et paraît en proie à un raptus anxieux. Contrairement à ses habitudes de manœuvres compréhensives, la sœur dramatise à l'excès la situation, tentant un véritable siège de la chambre dans laquelle la malade voit son anxiété augmenter progressivement, en raison même de ce siège. Finalement, de plus en plus inquiète, la malade brise un carreau et s'arme d'un long morceau de verre. C'est cet instant que choisit la sœur, qui surveillait par un judas, pour entrer dans la chambre et engager une lutte en priant les infirmières de ne pas entrer avec elle parce qu'elle veut tout régler. Elle finit effectivement par maîtriser la malade, non sans s'être fait blesser. Elle fait alors seulement appeler le médecin de garde, devant lequel elle paraît ayant transformé la situation en un acte de martyre... (30).

CHAPITRE XII

ILLUSIONS, ABANDON, FRUSTRATIONS

CONTRAT PSYCHIATRIQUE - INSTITUTION - ACTING OUT

« Le Moi haït, déteste, poursuit avec l'intention de détruire tous les objets qui sont pour lui sources de sensation de déplaisir, qu'ils signifient une frustration de la satisfaction sexuelle ou de la satisfaction des besoins de conservation. On peut même soutenir que les prototypes véritables de la relation de haine ne proviennent pas de la vie sexuelle mais de la lutte du Moi pour sa conservation et son affirmation » (FREUD, 66).

LE CONTRAT PSYCHIATRIQUE (146)

Lorsqu'il accepte l'admission, le malade s'engage à l'égard d'une institution définie par des buts et des moyens : le seul but à ce moment est la guérison, la disparition des troubles et de l'angoisse ; les moyens sont les différentes modalités thérapeutiques et l'insertion dans une collectivité régie par des lois fonctionnelles constituant le règlement intérieur du service, identique pour tous les malades, de portée générale et anonyme, prescrivant une certaine conduite assez étroitement limitée, pendant une durée également limitée ; cependant, l'institution ne peut préciser à l'avance, en détail, ce qu'elle exigera de l'individu. Le malade prend un risque, il accepte en un instant de s'abstenir de tout ce qui lui sera interdit (globale-

ment, tout ce qui trouble le fonctionnement ordinaire du service) et de faire tout ce qui lui sera prescrit (son statut ne lui donne pas l'accès à la discussion), il accepte cette loi a priori, pour autant que les engagements de l'autre partie soient respectés.

Le médecin en général s'engage sur le plan instrumental à avoir ou à acquérir la compétence nécessaire pour être le plus efficace possible et sur le plan idéal à se tenir aux valeurs hippocratiques, c'est-à-dire, au-delà du savoir-faire, au dévouement, à la relation d'aide ou d'assistance qui prend une allure personnelle ; en psychiatrie, elle paraît particulièrement profonde du fait que c'est tout le monde vital du malade qui est en jeu, ce qui l'amène à concevoir, à tort, la relation thérapeutique comme une relation personnelle, à voir une promesse dans l'engagement du médecin. Celui qui promet se lie à l'avance, il répond de lui-même dans le futur et accepte que plus tard on puisse lui demander des comptes. Grave et irrévocable, cette promesse s'adresse au-delà de son contenu médical, à l'être même du malade, elle est de l'ordre de l'amour (à ce qu'il en croit).

Le médecin choisit pour son malade un mode d'existence global, et le malade accepte de remettre sa vie entière (présent, passé, avenir, existence des proches) aux mains du médecin, ce qui fait intervenir des termes idéologiques : la cure est normative, un des critères de la guérison est la réadaptation aux normes sociales (réinsertion sociale, professionnelle, et familiale), le psychiatre postule l'adhésion du malade à l'idéal de la moyenne, il la lui impose comme but, exigeant un dévouement aveugle et irresponsable, un asservissement inconditionnel qui ne comporte aucune limitation fixée à l'avance.

Face à ce contrat, à la fois indéterminé et surdéterminé, l'acte agressif est une (re)prise de position qui délie et lie l'existence ; le malade force ou brise l'image qu'on s'est fait de lui et qu'on lui a imposé, il se reprend. Il acquiert par son acte, même désadapté, un statut humain, le présent modifie le passé et détermine le futur, la conscience se libère dans l'instant, elle intègre ce qui est révolu et ce qui est à venir, regroupe les moments vécus en remettant en question leur sens, les faisant revivre, elle sort le présent de ses déterminations, et l'ouvre à l'imprévisible ; le passé n'est plus un pur destin subi passivement, l'avenir n'est pas un inconnu fatal, il est dans les mains de l'acteur qui s'en rend responsable, en imprimant sa marque aux événements, en modifiant le cours des choses. L'acte est une modalité unificatrice du moi. C'est dans la mesure où le moi sort de l'indétermination et du flou propres au langage, pour s'insérer en force dans la matière concrète, qu'il prend une valeur pour l'acteur, et pour ceux qui le regardent. L'acte met en jeu la personne toute entière, même si son objet est partiel ou dérisoire, ce n'est pas en tant que tel qu'il est pris comme objet.

L'INSTITUTION

(5, 6, 30, 31, 82, 112, 116, 117, 124, 138)

Le mouvement institutionnel, malgré les efforts de PINEL, de BOUCHET, etc..., n'a pris en France une réalité qu'après la seconde guerre mondiale, avec DAUZEMON, BALVET, TOSQUELLES, BONNAFE, OURY, SIVADON, etc... Tous les travaux témoignent d'une amélioration concomitante de l'institution et des comportements individuels, visible au mieux lors des transformations des quartiers d'agités. « On constate que le malade, pour peu qu'il soit autorisé ou invité à participer activement au processus de désaliénation permanente de l'institution, réussit souvent, sans impact thérapeutique direct, à insérer sa demande et à la négocier avec succès » (124). La clé d'une telle amélioration semble bien être l'expérience d'un idéal commun, et l'évolutivité même de l'institution (plus que son niveau de perfectionnement) avec l'émulation et l'enthousiasme qu'elle peut susciter.

Les auteurs relèvent un certain nombre d'éléments pathogènes dans l'institution. Certains constituent l'ambiance du service : son manque de luminosité, de gaîté, de propreté, de calme ; son degré d'encombrement et de promiscuité, l'apparence qu'ont les malades, la tonalité des rapports interhumains, le type des activités et occupations. D'autres peuvent se grouper sous le chef d'une régression forcée, d'une infantilisation : la passivité et la dépendance à l'égard des soignants, autoritaires et minoritaires, leur manque éventuel de formation et d'illusions ; l'assujettissement aux interdits, la répression immédiate de tout comportement protestataire.

La contrainte physique, sous toutes ses formes, ou morale, représentée tout particulièrement par l'imposition des médicaments ; le caractère forcé de l'hospitalisation qui projette sur l'équipe soignante les figures punitives archaïques et empêche l'intériorisation des valeurs. Il y a aussi des facteurs de dépersonnalisation : l'oisiveté forcée au lit, la perte de toute vie intime, la perte de contact avec le monde extérieur, la perte des amis, des biens personnels, des perspectives de réinsertion, la solitude, l'anonymat, le manque d'intérêt ou de temps des infirmières pour l'observation et le traitement, le primat de la resocialisation sur la guérison individuelle.

Aussi bien, le passage à l'acte, s'il est puéril, l'est en partie à cause de la maladie de l'institution ; et il est une tentative de reprise de soi, de repersonnalisation.

L'ACTING OUT DE TRANSFERT

(15, 33, 40, 53, 56, 57, 60, 67, 72, 79, 80, 87, 89, 108, 128, 130, 145)

« Le passage à l'acte consiste dans la cure analytique à agir le transfert, à traduire par des actes ce qui doit être verbalisé... Cette formule reste applicable au passage à l'acte en dehors de la cure »

(LEBOVICI). Le psychanalyste « instaure une lutte continuelle avec le patient afin que toutes les pulsions qu'il voudrait traduire en actes restent dans les limites de son esprit... quand une pulsion que le patient veut décharger en action peut être transformée en un travail de réminiscence, le psychanalyste s'en réjouit, comme d'une réussite particulière... », dit FREUD (67) qui ajoute : « c'est quand le transfert devient hostile ou trop intense et, par là même, nécessite un refoulement, que la remémoration cède immédiatement la place à l'action ».

A la règle fondamentale « tout dire » s'ajoute le corollaire tacite « et ne rien faire ». Décharge pulsionnelle, due à l'intensification de la reviviscence et du transfert, l'acting out permet en effet de laisser intact le refoulement et constitue ainsi une résistance.

Il représente aussi « la tendance à répéter les expériences passées dans la réalité présente, ou à méconnaître la réalité présente, considérée comme une répétition du passé » (FENICHEL); il y a retour d'un événement refoulé (K. FLIESS, HARPER, LEWIN, ROSS) qui est en résonance avec l'actualité. L'investissement est déplacé des souvenirs refoulés sur le dérivé actuel, ce déplacement rendant possible la décharge. L'acting out en même temps qu'il est révélateur du fantasme, en constitue la négation.

Le caractère de répétition et celui de défense transférentielle sont méconnus par le sujet, d'autant que l'acte est secondairement rationalisé, et rendu syntone au Moi. L'acting out constitue également une fuite ou une défense devant la peur qu'impliquent les émois ou les conduites de transfert induits par la frustration, en particulier l'angoisse de séparation (GREENSON, H. FENICHEL, EKSTEIN), mais il constitue aussi la recherche d'une identité dans cette séparation d'avec la mère (ANGEL).

H. DEUTSCH souligne le rôle de l'attente, de la frustration, de l'isolement du monde extérieur, de l'unilatéralité du mode de relation entre patient et analyste, l'anonymat et le secret de celui-ci ; l'acting out serait la recherche d'une gratification (« Il est difficile de trouver un cas qui, durant le long traitement analytique, ne cherche pas dans la réalité des issues pour des émotions réveillées et frustrées, une activité inhibée et par dessus tout des compensations pour des privations narcissiques »). KANZER (80) considère également comme un important facteur de déclenchement l'infantilisation due au traitement analytique. « Agir pour ne pas penser, agir pour se fermer aux significations, agir surtout pour protester contre la mortification qu'a occasionné une souffrance jadis endurée sans riposte ni maîtrise possibles, dans le contexte de l'impuissance infantile » dit DAVID (33), la mortification, reprise de FREUD, étant due actuellement à la constatation de la maladie et de la dépendance vis-à-vis du thérapeute.

WOOD (145) considère que certains acting out ne sont pas une résistance mais la tentative de communiquer, lors de l'émergence d'événements infantiles très investis, un matériel non verbalisable

parce qu'il est pré-verbal, ou parce qu'il est complexe et imprécis ; il peut également représenter dans le cadre de la névrose de transfert, l'achèvement d'expériences incomplètes ou peu satisfaisantes. Ainsi, il est souvent une tentative de faire ou de refaire des relations d'objet, comme des identifications, cristallisées dans le transfert. « Le terme passage, dans passage à l'acte, indique bien que dans les limites d'un même discours, on peut passer d'un registre d'expression, la parole, à un autre, où pour n'être plus verbale, l'intention de signifier n'en règne pas moins... » (87).

Enfin, la théorie selon laquelle le Moi de l'enfant agit sur la pulsion du Ça de la mère (GREENACRE, etc...) trouve ici une application intéressante : l'analyste est responsable de l'acting out de son patient non pas tant parce qu'il n'a pas su le prévoir et le prévenir par une interprétation donnée à temps ou une invitation à verbaliser, mais bien parce qu'un tel acting out répond à son désir inconscient, exprime ses pulsions, provoque une abréaction par personne interposée, procure un plaisir scopophilique, ou aussi parce qu'il a laissé paraître son anxiété (15).

L'acting out de transfert est en continuité avec l'acte impulsif, ou acting out primaire, associé au narcissisme et au processus primaire, plus généralisé, plus pathologique que l'acting out de transfert spécifique, localisé, lié à des conflits moins archaïques (MICHAELS, GREENSON, FROSCH, KANZER, in 79).

L'application des données de la technique psychanalytique à des relations transférentielles collectives (40) et plus encore à une relation thérapeutique, comme elle peut exister à l'hôpital entre le malade et l'équipe soignante, est extrêmement délicate. On peut cependant retenir, sans grand risque d'abus, plusieurs éléments très globaux : le passage à l'acte survient à un moment caractéristique, où une situation conflictuelle passée entre en résonance de quelque manière avec des événements survenus entre le malade et le médecin, un autre soignant, un autre malade, ou les facteurs extérieurs. Pour cette raison, les relations sont difficiles avec l'équipe soignante, qu'elles soient hostiles ou trop intenses. Des causes presque constantes d'hostilité résident dans la frustration et la mortification du malade, et dans son infantilisation, liées à la maladie et à l'hospitalisation. Dans ces conditions, sont réactivées des expériences archaïques, voire pré-verbales, et la rupture plus ou moins violente de la relation, telle que l'exprime un acte impulsif agressif, constitue une tentative de re-personnalisation rappelant la rupture de la symbiose mère-enfant. L'acte est éventuellement un mode de progression, parfois le seul possible. Enfin, il ne faut pas méconnaître le rôle que peut jouer le désir inconscient de l'équipe soignante ou de l'un de ses membres de voir le patient transgresser l'interdit, rôle d'autant plus probable que l'équipe est peu familière de la pratique psychanalytique et institutionnelle.

♦♦

Annie est une jeune personne frêle, au teint pâle, au charme un peu vulgaire. Elle a été hospitalisée à la suite d'une quatrième tentative de suicide, mineure, qu'elle lie à des difficultés banales : son ami l'a abandonnée, elle rêve d'être dactylo mais son instabilité naturelle et ses hospitalisations successives l'empêchent d'économiser pour reprendre sa formation professionnelle. Elle raconte volontiers un passé mélodramatique : les parents divorcés, le beau-père éthylique et brutal, les frustrations et les sévices... à l'âge de dix ans, elle s'est pendue dans le grenier, pour des raisons imprécises, assez inquiétantes, et une certaine ombre nuance l'aspect de pseudopathe qu'elle présente.

Annie a des entretiens réguliers avec l'un des externes, au cours desquels elle parle de son idée fixe suicidaire, qui résume un destin marqué par la fatalité, jusqu'à sa mort prochaine. Elle est docile et discrète, l'évolution stagne, on finit par penser que les bénéfices tirés de l'hospitalisation sont trop importants, qu'une progression est illusoire, on envisage une sortie, le placement dans un foyer, l'embauche dans une usine. A ce moment apparaît un flottement, une angoisse, l'idée de suicide revient plus souvent dans ses propos. C'est à peu près au moment où une date de sortie est fixée dans l'esprit des médecins que la tension se décharge au cours de la visite, elle quitte impulsivement sa chambre, sort du service et l'équipe réunie la voit franchir les grilles de l'hôpital et courir pour se jeter sous les voitures. Elle est attrapée, ramenée manu militari, consignée dans sa chambre, et le calme revenu, l'équipe décide, en dehors d'elle, de la mettre en cellule à la prochaine incartade ; celle-ci survient quelques minutes plus tard, sous la forme d'un bris de bouteille, et de l'esquisse d'une phlébotomie. En pleine crise de nerfs, Annie est éloignée, hurlante et gesticulante.

L'épilogue est aussi banal que l'histoire : elle quitte l'hôpital quinze jours plus tard, revient plusieurs fois, sans rendez-vous, redire ses idées de suicide, puis on perd le contact avec elle.

Le passage d'Annie aux actes (la fugue, les deux gestes suicidaires, la crise névropathique) trouve une origine dans les illusions du jeune externe qui consistent à croire que l'état de la patiente peut être amélioré, son existence un peu stabilisée et réglée, ses idées de mort oubliées et sa solitude comblée. Ces illusions apparaissent dans son comportement, dans l'engagement implicite qu'il prend vis-à-vis d'elle de réaliser ces utopies : il s'occupe d'elle, s'intéresse à elle, l'invite à une collaboration active, méconnaissant non seulement la disproportion entre sa demande à elle et ses possibilités à lui, mais surtout le point de vue désabusé et réaliste de ses supérieurs, à savoir : il n'y a rien à faire, en dehors de la surveillance des suites immédiates du suicide, du diagnostic et du pronostic, assortis d'une invitation à se soigner qui reste de pure forme. Cette idée n'est jamais exprimée que par des refus symboliques (comme celui d'une machine à écrire dont elle avait demandé le prêt) et dissimulés (on ajoute que l'on a besoin de cette machine, ce qui n'est

qu'à moitié vrai). L'abandon progressif transparaît dans le changement d'attitude de l'externe, qui devient plus distant, laisse percevoir un certain découragement, abandonne sa position d'observateur attentif et curieux pour insister sur la possibilité d'un foyer, d'un travail plus intéressant, essayant de se justifier et de mettre un peu de crème sur le gâteau brûlé. La fugue et les suicides sont une identification à l'agresseur où elle joue son rôle de victime et en même temps celui de ceux qui la chassent et l'envoient à la mort. Ce sont aussi des agressions indirectes, dont l'objet initial est l'équipe soignante.

Le passage à l'acte est une reprise de soi qui prolonge le désinvestissement de l'externe : il s'éloigne, elle fugue, prenant les devants dans cette rupture. Elle reproduit ainsi un comportement habituel depuis l'abandon du père, puis d'un oncle rigide et peu affectueux qui, à l'occasion du premier suicide, s'en est déchargé sur les psychiatres, abandon des psychiatres eux-mêmes, de l'ami, etc..., comportement par lesquels elle met en scène (to act), elle exprime (out), à la fois la situation présente, son passé, et le futur qu'elle envisage, construits sur le même modèle : frustration — fugue — détresse, le quatrième terme étant la capture paternelle, l'incarcération qui la met à l'abri de sa propre irresponsabilité et lui permet de régresser. Mais c'est le contraire qui se produit ; la transgression est l'occasion et le prétexte du rejet, elle confirme la règle : il n'y a rien à faire.

CHAPITRE XIII

L'AGRESSION

AGRESSION ET SOCIÉTÉS ANIMALES SADISME ET ANALITÉ - L'AGRESSION PSYCHIATRIQUE

(45, 66, 68, 69, 82, 89, 94, 97, 106, 107, 112, 116, 117,
124, 129, 135, 136, 138)

« PUSSIN accompagna le médecin-chef dans sa première visite ; les fous hurlaient et se démenaient comme d'habitude. PINEL dit à PUSSIN :

- Quand ils deviennent trop méchants, que faites-vous ?
- Je les déchaîne, dit le surveillant.
- Et alors ?
- Ils sont calmes... (Maxime du CAMP, *Histoire de Paris*).

AGRESSION ET SOCIÉTÉS ANIMALES

LORENZ (97) montre que toute structure sociale repose sur l'agressivité des individus ; dans les espèces où les individus sont peu agressifs par nature, on n'observe pas de société vraie, à l'opposé des espèces où les individus, dangereux pour leurs congénères, comme les loups, les oies et les rats, sont néanmoins reliés par une construction sociale très forte. Dans tous les cas l'inhibition,

qui se manifeste par une ritualisation des comportements, est proportionnelle à l'agressivité. Celle-ci s'écoule d'une part dans le sens de la protection de l'espèce et surtout du groupe et de son territoire, en se déchargeant contre l'étranger ou quelque substitut de l'intrus ; d'autre part, dans le sens de l'agression intra-spécifique, dans le groupe ou dans le couple, mais elle est « ré-orientée », c'est-à-dire que son but original de destruction de l'objet est déplacé, et elle est « ritualisée » en un cérémonial extrêmement précis qui constitue le véritable ciment social ; plus les rituels sont forts et fréquents, plus la structure familiale ou sociale est solide ; la ritualisation est une acquisition phylogénétique qui permet la conservation de l'espèce.

Un phénomène particulièrement significatif est la déritualisation, qui survient lorsque le rituel atteint une intensité inhabituelle (par exemple dans une parade d'amour entre deux jeunes mâles) et aboutit à un retour au comportement, phylogénétiquement antérieur, d'agression.

LORENZ propose de retrouver des mécanismes analogues dans les sociétés humaines et donne l'exemple du rire, dont on connaît depuis BERGSON la valeur agressive et en même temps socialisante.

FREUD conçoit également que l'agressivité serve la conservation de l'espèce (66).

RAPPEL PSYCHANALYTIQUE

L'agressivité apparaît au stade oral, lorsque le nourrisson éprouve du déplaisir du fait de l'absence de sein nourricier, qui est vécu comme mauvais objet (puis comme mauvaise mère), elle est ici au service de la conservation de l'individu. Ultérieurement des mécanismes d'introjection et de projection aboutissent à une répartition complexe de l'agressivité entre le Moi et les figures punitives parentales, entre sadisme et masochisme. Il y a un lien temporel entre analité et sadisme, constitué par l'acquisition à cette période du contrôle de la motricité, mise au service des comportements d'approche (c'est-à-dire, étymologiquement, d'agression). En outre, il y a un lien étroit entre sadisme, masochisme et éducation sphinctérienne ; celle-ci est à la fois agression et moyen de contre-agression ; BRUNSWICK explique que « dans la nursery, on peut observer que durant la période anale, toute stimulation de la zone anale, ou pendant l'analyse d'un adulte, toute stimulation des mécanismes ou du matériel anaux, provoque une violente explosion de fureur. Il y a un rapport étiologique entre la stimulation anale et la production de colère ». En contre-partie, la possession de l'objet, sa maîtrise s'exerçant dans les possibilités de rétention ou d'expulsion de l'excrément vont de pair avec de violentes tendances sadiques, qui se manifestent rarement contre un objet situé dans le monde extérieur et restent presque toujours à l'état de tendance, de par la

crainte de représailles qui seraient successivement l'abandon, le châtiment corporel, puis la perte d'amour. Au stade sadique-anal, le fait central est le double couple sadisme-masochisme, activité-passivité, précédant l'antithèse phallique-châtré, contemporaine des fantasmes de meurtre du père, et la naissance post-œdipienne de la culpabilité par introjection des figures punitives.

L'AGRESSIVITÉ PSYCHIATRIQUE

Le calme qui règne dans un service est profondément rassérénant, il prouve que tout va bien, que tout est normal ; il donne à tous, soignants et soignés, une sensation euphorique de puissance sur la maladie mentale. L'acte agressif impulsif, brutalement, détruit cette belle ordonnance et apparaît comme un crime de lèse-psychiatrie, que l'on se sent légitimement autorisé à punir. On isole, on donne vigoureusement des sédatifs, on éloigne ou on cache le mal avec celui qui le porte, d'une manière ou d'une autre, on se sent pris d'une envie de répression et la violence même de cette pulsion aggressive en retour, subitement, inquiète.

Le bon ordre du service, c'est le bon ordre des agressivités, sous des formes légalement et éthiquement admissibles. A la base il y a la distinction entre les soignés et les soignants, entre ceux qui sont privés de liberté et ceux qui les en privent, ou la leur rendent, entre faibles et puissants, entre inadaptés et adaptateurs. L'agression psychiatrique prend la forme élaborée de l'emprise, de la puissance, de la rétention, dans un régime de loi martiale imposée par un commandement quasi-militaire et sans appel, une hiérarchie pyramidale et rigoureuse des pouvoirs, des règlements stricts qui renforcent le cloisonnement entre les catégories, entre les fonctions (médecins et surveillants, soignants et soignés, etc...). Le besoin est violent et absolu d'exercer et de voir exercer un contrôle rigoureux sur les tendances et pulsions de tous ordres, d'autant plus que le traitement et l'organisation de l'institution visent à libérer ces pulsions, à supprimer ou à limiter l'autorité, comme c'est le cas dans les services d'avant-garde institutionnelle.

Le médecin, et derrière lui l'équipe infirmière, s'habillent d'autorité répressive et se posent comme ayant le droit de jugement et de contrainte. Le malade dépend entièrement des soignants, et par exemple le moindre mot de ceux-ci peut le blesser ; parfois, ce n'est pas sans une certaine délectation que ce mot est retenu. Le pouvoir porte également sur le mal et le bien, guérison, mieux-être, médicaments, attention bienveillante, petits soins et petits plaisirs, indulgences ou complicités.

L'agression s'écoule dans certains cas par un canal plus direct ; ainsi les hystériques sont des victimes de choix, tout en elles prête à rire, leurs mensonges, leurs comédies, leurs séductions déplacées ;

la limitation souhaitable des bénéfices secondaires autorise un certain sadisme. Les déséquilibrés, depuis qu'ils sont malades (et c'est difficile à admettre), ont toujours été de bien mauvais malades : « les psychopathes sont des invalides moraux qui n'ont aucun sens moral, et dont la conduite subversive est constamment dominée par leurs tendances perverses et leur malignité » ; ce sont des « dégénérés », « amoraux constitutionnels », de « mauvais sujets, inaffectifs et inéducables », « savourant dans la trahison... les satisfactions d'une malignité cynique ou hypocrite » ; ce sont encore des « fanfaron du vice », des « monstres sans foi ni loi, inintimidables par la punition, récidivistes fatals », etc... Une telle véhémence verbale est bien éloignée de la neutralité bienveillante. Expulsion agressive du mal senti par chacun en soi et que le déséquilibré met en scène, constat rageur qu'aucune répression, aucune violence ne parvient à écraser cette rébellion contre la puissance thérapeutique, introjection par le psychiatre des images punitives sociales qui ne fait que perpétuer l'échec de la relation.

La psychiatrie adopte alors le moyen de défense de la société : la réjection, qu'elle condamne pourtant et s'efforce d'annuler dans la plupart des autres cas. Ainsi en 1907, peu avant l'ouverture du service d'Henri COLIN (21, 113, 143), « La Société médico-psychologique de Paris, considérant que dans l'intérêt des aliénés traités dans les asiles et afin que les asiles, ces hôpitaux de traitement des maladies mentales, puissent se rapprocher, dans la mesure du possible, des hôpitaux ordinaires, il importe que les asiles soient déchargés des malades particulièrement dangereux en raison de leurs tendances aux réactions violentes, ainsi que des aliénés difficiles qui comptent souvent plusieurs internements et dont le caractère indiscipliné et les tendances perverses sont une cause permanente de troubles pour les autres malades et pour le fonctionnement des services, présente à la Commission sénatoriale chargée d'étudier le projet du Dr DUBIEF sur la loi des aliénés le vœu que les modifications suivantes soient introduites dans le projet :

« 1° Que dans l'article 2 du projet de loi il soit prévu des quartiers spéciaux destinés aux aliénés difficiles en même temps que des asiles spéciaux destinés au traitement des arriérés, épileptiques et alcooliques ;

« 2° Que les dispositions de l'article 40 concernant la sortie des aliénés criminels soient applicables aux aliénés difficiles [considérant que le passé augure de l'avenir, et que la raison qui les a fait interner s'oppose, aussi bien, à la sortie, les aliénistes émettent le vœu de pouvoir remettre celle-ci indéfiniment].

« 3° Qu'au paragraphe I de l'article 39 énumérant les catégories de malades pouvant être placés dans les asiles de sûreté il soit ajouté :

« les aliénés qui, n'ayant pas commis d'actes qualifiés, crimes ou délits contre les personnes, sont déclarés particulièrement dangereux par un rapport motivé du médecin, en raison de leur tendance aux réactions violentes ;

« 4° Que dans l'article 35 ainsi conçu :

« les individus de l'un ou l'autre sexe condamnés à des peines afflictives et infâmantes ou à des peines correctionnelles de plus d'un an et un jour d'emprisonnement qui sont reconnus épileptiques ou aliénés... sont retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine dans les asiles ou quartiers de sûreté » ;

« Les mots : de plus d'un an et un jour d'emprisonnement soient supprimés ». De tels établissements prennent, au mieux, l'aspect coquettement carcéral de Broadmoor (35) et en fin de compte le produit le plus acceptable de l'invention psychiatrique en ce domaine, c'est bien la médiévale nef des fous, comme elle réapparaît à l'heure actuelle.

Intolérance et rigidité s'expriment dans le règlement et son maniement, l'autorité obère l'objectivité, l'obéissance aux règles passe avant la recherche des motifs de la transgression réalisée par l'acte agressif ou les manquements. Ailleurs, ce peuvent être le refus d'une permission demandée trop tard, les prescriptions compulsives en triple exemplaire, les modifications de traitement, la décision d'une thérapeutique de choc (« Mme X., impulsive, menaçante envers le personnel, a eu un abcès de fixation », indique le rapport d'un service en 1934, cité par PAUMELLE).

L'agressivité se lit également au niveau de ses formations réactionnelles : surpropreté mentale qui constitue une forte résistance à la critique, soumission obséquieuse à la hiérarchie, conformisme qui consiste, pour l'équipe, à présenter aux malades un front uniforme, sans ride personnelle, tabous sur les activités d'ordre sexuel à l'intérieur du service ou des chambres ; collectionnisme dans la recherche compulsive des symptômes qui aboutit à la réduction de l'homme à sa maladie, doute permanent qui est sévérité contre soi, plaisir masochique d'une casuistique à la mode, etc... La relation thérapeutique se carapaçonne de neutralité bienveillante, les élans affectifs sont détectés, mesurés, contrôlés sous le prétexte de ne pas déformer le tableau clinique par sa propre subjectivité, ou pour ne pas nuire...

Au prix de ces détours, de ces défenses, de cette rigidité, l'équipe psychiatrique trouve sa force contre la maladie mentale. Mais l'agression subie par le malade, du fait de cette organisation, est une cause importante d'actes impulsifs agressifs, dont le mécanisme est multiple, et plus ou moins direct (renforcement des rituels comme dans le cas de la sœur M., réactivation chez le malade de situations infantiles conflictuelles, en particulier celles du stade anal, révolte contre une contrainte éthiquement inacceptable, etc...). On sait que

les troubles du comportement, et plus généralement la symptomatologie, sont considérés comme un système de défense en réponse à la structure thérapeutique. Les actes agressifs des malades ne peuvent être compris que par confrontation avec le type d'agression dont ils sont l'objet.

Les efforts entrepris dans le sens d'une meilleure compréhension et de la progression des mécanismes institutionnels, ont parfois abouti à l'excès opposé ; un libéralisme outrancier et anarchisant amène à la perte du contrôle des échanges intra-hospitaliers qui ne se font plus qu'au gré des pulsions et des impulsions individuelles ; les normes disparaissent et si dans cette mesure la symptomatologie perd totalement son sens, la maladie est niée plus par les ci-devant médecins et infirmières que par les malades, qui rappellent leur existence par tous les moyens, licites et illicites, en particulier par des actes impulsifs théâtraux et délictueux.

*
**

Thierry sort par mesure disciplinaire d'un grand service parisien où il se désintoxiquait de l'héroïne. En réaction à certaines brimades des infirmiers (ces drogués sont des voyous, fainéants, parasites et capables de tout ; leur désir de cure n'est qu'un mensonge intéressé, il n'y a rien à en faire) il a, au troisième jour, renversé son bol de soupe sur la tête d'un de ses persécuteurs. A l'interne qui le reçoit, il demande le Dolosal qu'on lui donnait là-bas, mais on ne le donne pas ici et on lui refuse l'ampoule, malgré ses explications ; Thierry commence à tout casser et obtient très rapidement ce qu'il voulait. Il devient ensuite agréable et prend en charge sa cure de façon très active.

Deux jours plus tard, il décide d'essayer un sevrage complet et à l'heure de l'injection, il demande une cigarette, mais le règlement l'interdit et l'infirmière est mal disposée, d'autant qu'il n'a pas su la demander gentiment ; le moment est mal choisi, son insistance déplaît, après deux heures de manque il se remet à tout casser, il jette le mobilier contre les fenêtres, démolit les serrures des deux cellules où il est successivement enfermé, il ne faut pas moins de cinq infirmiers trapus, appelés à la rescousse, pour le maîtriser le temps d'une injection. Tout cela confirme chacun dans son hostilité vis-à-vis de cette catégorie de patients ; de plus l'interne de garde a un comportement maladroît qui enfonce Thierry dans son exclusion, et il suffit, le lendemain, qu'un courant d'air claque la porte de sa cellule pour qu'il s'y croie enfermé et soit pris d'une nouvelle impulsion clastique très violente. Cette fois la mesure est comble et le chef de service est amené par des pressions multiples à signer une sortie que personnellement il réprouve.

Thierry est manifestement un déséquilibré, son passé parfaitement typique le prouve, son comportement actuel le confirme. Et pourtant, il est tout aussi manifeste que Thierry n'attaque pas mais se défend. Défendant activement sa cure, il défend sa vie contre l'héroïne, dans l'incompréhension et l'hostilité générales. Mais le dédain, les commentaires humiliants, les brimades des infirmiers et du « petit personnel » irresponsable et corvéable ne sont que l'expression dernière d'une agressivité accumulée tout au long de la pyramide hiérarchique.

La cigarette, argument du conflit, demande irrecevable pour l'infirmière parce qu'interdite par le règlement (à double tranchant, il peut se retourner contre elle), gênante et parfaitement irrationnelle, est pour Thierry, au-delà de l'envie de fumer et de la conjuration magique, le symbole de la complicité a priori, d'une espèce d'amitié tout aussi irrationnelle ; les médecins, plus dégagés dans le quotidien de cette dépendance massive aux limites imprévisibles, et mieux armés par leur savoir, trouvent dans de telles autorisations l'illusion d'être compréhensifs, et le moyen de marchander la docilité de leurs patients.

Thierry est pris dans un piège dangereux lorsqu'il se trouve engagé par l'infirmière dans une relation filiale avec elle, il lui apparaît brutalement que les bénéfices de cette relation ne sont pas destinés à l'enfant mais à la mère narcissique qui l'incorpore après l'avoir réduit à l'image idéale qu'elle se fait de lui (« qu'elle ait des problèmes, qu'elle soit fatiguée, je m'en fous, je ne peux pas en tenir compte »). Casser, c'est casser le piège sans issue, et son angoisse ne peut que s'accroître lorsqu'il se trouve enfermé dans sa cellule.

Une autre cause se trouve dans la discordance entre l'attitude libérale des médecins et la rigidité de l'équipe infirmière, qui constitue un hiatus dans la sécurité des soignés et des soignants, une faille dans la solidité de l'organisation et dans la validité du système ; brèche vite comblée par l'expulsion de Thierry, hors des deux hôpitaux ; le règlement, tout archaïque et odieux qu'il soit, en sort renforcé.

D'un autre côté, Thierry amène ainsi les gens qui le soignent à jouer un gambit toujours le même (un éventuel refus d'adéquation de la part de l'équipe entraînerait probablement une demande de sortie), le déséquilibre psychique est précisément cette situation d'échec.

CHAPITRE XIV

LE POINT DE VUE SOCIOLOGIQUE

GÉNÉRALITÉS - CONFORMITÉ - ANOMIE - ÉGOISME ADAPTATION - SOUS-CULTURES

(6, 29, 30, 31, 35, 44, 73, 123, 124, 136, 141, 146)

GÉNÉRALITÉS

Au point de vue sociologique, toute action résulte d'une tension dynamique entre une activité orientée vers l'environnement et un système d'organisation sociale ; l'action est toujours, plus ou moins, rupture d'un système social, appel à la formation d'un nouveau système dont l'équilibre ne peut être trouvé qu'en un point différent du point de départ. Le conflit entre l'acteur et le milieu ne peut être réduit à une simple opposition d'intérêts, ni à l'expression de la contradiction inhérente à toute organisation fonctionnelle ; il s'agit plutôt de l'opposition de forces complémentaires dont le conflit n'est que la répartition entre les acteurs des éléments opposés et complémentaires qui composent tout système d'action (ainsi, toute la vie d'un hôpital psychiatrique et des personnes qui y concourent est marquée par un perpétuel paradoxe entre les matrices contradictoires liberté et répression, tolérance et ostracisme, amour et haine, etc...) chacun des acteurs en conflit essaie de reconstruire sous son contrôle l'ensemble du système dont il ne représente que certaines composantes, la rencontre de ces mouvements et des utopies qui les expriment constitue l'institution, processus de créa-

tion continue et heurtée dont les systèmes d'actions ne sont pas révélés directement et explicitement par les lois et les croyances.

« Il n'est aucun état psychotique qui soutienne avec le suicide une relation régulière et incontestable... ; quoique la dégénérescence, sous ses différentes formes, constitue un terrain éminemment propre à l'action des causes qui peuvent déterminer l'homme à se tuer, elle n'est pas elle-même une de ces causes. On peut admettre que dans des circonstances identiques le dégénéré se tue plus facilement que le sujet sain ; mais il ne se tue pas nécessairement en vertu de son état. La virtualité qui est en lui ne peut entrer en acte que sous l'action d'autres facteurs qu'il nous faut rechercher » (DURKHEIM).

CONFORMITÉ ET DÉVIANCE

Dans toute les sociétés, les individus subissent la pression des normes, critères régissant la conduite sociale, de type proscriptif (les interdits) et prescriptif (les obligations), définissant un comportement approprié aux mœurs et aux lois, dans un champ concret et circonscrit ; les normes sont assorties de sanctions formelles (punition ou récompense) et informelles (jugement éthique, opinion d'autrui) qu'elles spécifient et justifient à la fois ; elles impliquent l'existence d'un juge, d'un arbitre, de quelque autorité capable de dire le droit et de l'exécuter. Les normes sont issues et éclairées par des principes plus généraux, les valeurs sociales, critère de ce qui est désirable, définissant les fins générales de l'action et qui ne sont spécifiées ni dans leur contenu ni dans leur mode de réalisation. Il peut exister des discontinuités entre valeurs et normes, la régulation sociale aboutissant à une certaine autonomie de ce dernier système. La conformité n'est pas due à la conscience qu'a chacun de ses intérêts et de celui de tous, le contrat ne fonde pas la discipline, c'est plutôt l'inverse ; elle n'est pas due non plus au poids de la force pure ; elle dépend essentiellement de l'adhésion individuelle au système de valeurs du groupe, prise dans le réseau informel d'approbation et de censure par l'entourage, elle dépend donc en fin de compte de la dépendance vis-à-vis d'un certain nombre de figures.

La société psychiatrique est formée de plusieurs groupes : médecins, infirmiers, personnel et instances administratifs, malades, familles (représentant la société extérieure plus que chacun des autres).

Le système de valeurs est double : répression de la maladie mentale et protection de la société par l'éviction de celui qui la porte constituent les buts de la société extérieure, qui protège également le malade, mais contre lui-même, et contre un internement abusif (loi de 1838). Ceux de l'équipe soignante sont plus profondément clivés : répression sociale et protection contre qui que ce

soit. Le psychiatre se reconnaît un triple rôle : confirmer la maladie que dénonce la famille, ou le malade lui-même, et la reconnaître ; tenter de soigner le malade, en faisant disparaître les symptômes et l'angoisse ; maintenir l'ordre dans le service. Le but ultime est la restitution du monde au malade (ou réciproquement), le critère de guérison est la capacité pour le patient d'être réintégré par la société qui l'a expulsé, ce qui revient à surmonter l'ambiguïté existant dans le système de valeurs de l'équipe soignante. Par ailleurs, celui-ci est plus ou moins infiltré par les valeurs de la société extérieure, comprenant la rejection des malades mentaux, et que la formation professionnelle tente de réduire.

Les malades sont invités à adhérer au système de valeurs de l'équipe ; de fait, le groupe qu'ils constituent est archaïque, obligatoire, provisoire, sans valeurs ; c'est un conglomerat hétérogène, dont chaque individu considère que ce groupe lui est extérieur, plus apparenté à celui des soignants qu'à sa propre personne ; le fait d'être malade, la situation commune à l'égard des thérapeutes ne constituent pas des liens suffisants, le groupe reste occasionnel et implique l'existence d'une autorité supérieure et externe (40).

Les normes réglant le fonctionnement de l'équipe soignante sont extrêmement précises et claires, comme l'exige le rendement. Par contre, l'imprécision est très grande en ce qui concerne ce qui est attendu du malade, le système de normes, dont on peut supposer qu'il a été édicté jadis par les médecins et l'administration, a acquis avec le temps une telle autonomie qu'il est presque entièrement détaché du système de valeurs, qui lui-même a évolué pour son propre compte, et que le schéma directeur le plus adéquat est le maintien de l'ordre. De temps à autre, les instances administratives constatent des excès et établissent de nouvelles références qui restent extrêmement partielles et dissociées les unes des autres. La tradition orale véhicule un grand nombre d'autres normes dont l'origine est la convenance personnelle de tel ou tel personnage important. En fin de compte, le règlement est pour le malade un fantôme dont on distingue quelques contours, par exemple l'interdiction d'attenter au principe d'autorité de l'équipe soignante, l'interdiction de troubler le calme du service (par de l'agitation, des cris, des révoltes), l'obligation de se soumettre aux prescriptions (du fait qu'il est privé de son libre arbitre, le malade devient l'objet de soins indépendants de sa demande, qui doivent l'aider à guérir sans que son état puisse faire obstacle à son traitement, et protéger les autres contre ses anomalies éventuelles de comportement) (146). Prohibition du suicide et de l'agression ; obligation d'orienter sa conduite dans le sens de la guérison et de la sortie. Interdiction de se réunir dans les chambres, de dépasser certaines limites sans une permission qui doit être demandée à l'avance, etc... Renoncement aux normes personnelles, méfiance de soi, confiance aveugle dans la validité de la structure soignante. Ce qu'on attend du malade, implicitement, c'est « de ne pas nier sa maladie, de renoncer à ses défenses, d'éviter la

dépendance excessive autant que l'indépendance trop poussée, de croire que l'institution [est] la meilleure et ses médecins très compétents, et d'être aimable avec les infirmières » (123).

L'autorité paternelle des médecins les désigne évidemment pour le rôle de juges arbitrant les conflits et mesurant la valeur des conduites. Les sanctions formelles sont rares, elles prennent la forme d'un rejet : claustration (dans la chambre ou dans l'enclos réservé aux agités), ou renvoi administratif. Elles apparaissent presque toujours derrière des modifications de la chimiothérapie, la dose de sédatifs mesurant le degré de déviance.

L'ANOMIE

La déviance peut apparaître dans plusieurs circonstances sociales : si les normes sont trop ou pas assez explicites, si les sanctions sont trop ou pas assez dures, si l'arbitre est trop ou pas assez tolérant, si un divorce apparaît entre les normes sociales et les valeurs de la conscience collective, la déviance prenant alors figure de révolte contre le système de valeurs, ou le système de normes, ou les deux ; si (et c'est le plus fréquent) l'individu est désorienté par l'ambiguïté, l'équivoque des normes ou le chevauchement de deux ou plusieurs systèmes cohérents mais incompatibles. DURKHEIM désigne par anomie « la situation où se trouvent les individus lorsque les règles sociales qui guident leur conduite et leurs aspirations perdent leur pouvoir, sont incompatibles entre elles ou lorsque, minées par les changements sociaux, elles doivent céder la place à d'autres ». L'anomie a pour conséquence d'augmenter l'insatisfaction de l'individu, et par là le taux de suicides et de délinquance (« l'anomie, en effet, donne naissance à un état d'exaspération et de lassitude irritée qui peut, selon les circonstances, se tourner contre le sujet lui-même ou contre autrui... quant aux causes qui déterminent la direction que suivent les forces ainsi surexcitées, elles tiennent vraisemblablement à la constitution morale de l'agent »).

La transplantation provoque une désorganisation des individus qui, pris entre deux systèmes de normes et de valeurs d'esprit différent, mènent une existence dépourvue de buts et de signification apparente, socialement marginale car relevant simultanément de plusieurs allégeances, de systèmes de référence différents. La déviance augmente aussi pendant les périodes de changement social, où l'on observe un vieillissement des règles traditionnelles et la naissance de systèmes mal établis ou contradictoires ; il suffit d'une volonté de changement, ou même de la perception, plus ou moins confuse, qu'un changement est souhaitable pour qu'apparaissent des conflits, voire une désorganisation sociale ; on observe les mêmes

phénomènes lorsque les dirigeants n'ont pas tous les mêmes croyances, ou le même système de valeurs.

MERTON considère que l'anomie peut résulter du fait qu'une société propose à ses membres certaines fins (valeurs) sans leur donner les moyens (normes) de les réaliser.

PARSONS reconnaît quatre signes d'anomie : indétermination des buts ; caractère incertain des critères de conduite ; existence de pressions conflictuelles ; absence de référence à des symboles concrets bien établis. Pour être socialement équilibré, c'est-à-dire conforme, l'individu doit sentir ses inspirations et sa conduite guidées et bornées par un ensemble de règles et de pressions sociales unique, stable et cohérent.

Ce qu'on sait des imprécisions qui recouvrent les engagements réciproques du malade et de l'équipe soignante, des illusions qui en découlent, correspond très largement à la proposition de MERTON.

L'hospitalisation, en elle-même, constitue un changement de l'ordre de la transplantation ; dès son arrivée, le malade est invité à se défaire de tout a priori, et à endosser le nouvel appareil de normes et de valeurs. Il perd son métier, son rang dans la société, ses relations amicales et souvent ses relations familiales, et cette perte a rarement un caractère provisoire, tout son avenir est remis en question. Il faut donc qu'il abaisse ses exigences, qu'il restreigne ses besoins, qu'il apprenne à se contenir davantage. Son éducation, en quelque sorte, est à refaire ; or ce n'est pas en un instant que la société psychiatrique peut le plier à cette vie nouvelle, il n'est donc pas adapté à la condition qui lui est faite, et la perspective même peut lui en être intolérable. Ultérieurement il sera toujours marginal, toujours sur le seuil de l'hôpital. « Dans chaque organisme qui est arraché à son espace vital naturel et placé dans un nouvel entourage apparaissent des types de comportement qui sont sans signification du point de vue de la conservation de l'espèce, ou mieux nuisibles à cette dernière. Le phénomène a toujours pour origine le fait qu'un type de comportement déterminé, correspondant à une fonction conservatrice très spécifique de l'espèce, reposant sur la production endogène d'excitations, est privé des occasions normales pour lui de se manifester, de telle sorte que l'énergie spécifique de l'action ainsi accumulée est appelée à se dépenser dans une situation excitatrice entièrement inadéquate. C'est ce que nous appelons la réaction de déplacement » (LORENZ, 98).

L'hospitalisation dans les services les plus accueillants a un relent de contention qui fausse l'adaptation et constitue un germe de déviance (même si ce mal est nécessaire), vitres blindées, clanches sans poignées, etc..., et quelque part le cabanon.

La plupart des services libres tentent de s'adapter aux conceptions récentes de la psychiatrie, et leur système de valeurs est le siège de réformes incessantes. Aucun progrès ne peut apparaître de façon globale, l'équipe soignante ne peut évoluer en bloc et comporte

toujours un clan progressiste et un clan conservateur, au moins. « Les situations de conflit institutionnel sont des situations de grand danger. C'est dans de telles situations, quelle qu'en soit la cause, et principalement tant que le conflit n'est pas reconnu par les protagonistes, que risquent le plus de survenir des accidents ; c'est dans de telles situations en particulier que surgissent avec prédilection les passages à l'acte agressifs, tournés contre soi ou contre autrui... il existe toute une gamme de patients qui tous présentent depuis longtemps de bonnes raisons intérieures d'attaquer ou de se tuer, mais qui, le plus souvent, à l'aide de leur traitement, se maintiennent comme par un fil sur la corniche fragile qui les sépare d'un agissement radical et qui passent à l'acte lorsque le fil est rompu par la discordance institutionnelle » (123). Cette discordance atteint son paroxysme dans les institutions folles, où règne la confusion, dans un torrent d'actes impulsifs auto- et hétéro-agressifs, de fugues, etc... Ainsi, la prévention de tels actes comprendrait la nécessité d'assurer aux malades un ensemble prescriptif et proscriptif de normes et de valeurs unique, stable et cohérent, c'est-à-dire parfaitement imperméable à toute évolution.

Les cas d'autorité tyrannique, de conflits d'autorité (entre médecin et surveillant-chef, en particulier), les situations d'abandon, etc..., confirment les hypothèses sociologiques de façon très immédiate. Mais le contexte sociothérapique des services offre inévitablement des ressemblances plus ou moins discrètes avec ces cas extrêmes, du fait de la nécessité pour l'équipe de se tenir sur deux plans en permanence : maintien d'une relation personnelle avec le malade, prise de distance objectivante et clinique (6).

L'anomie est l'état de l'individu dans une société anémique, il est caractérisé par les pensées suivantes : les responsables de la communauté sont indifférents aux besoins de cet individu, on ne peut pas faire beaucoup dans une société où tout est imprévisible ; les objectifs qu'on se propose dans l'existence s'évanouissent avant d'être atteints ; la vie a peu de sens et rien à offrir ; on ne peut compter sur personne pour obtenir un soutien moral et social dans l'épreuve. Telles peuvent être les pensées dépressives des malades hospitalisés.

L'ÉGOISME

Dans les sociétés modernes, la division du travail a développé l'initiative et l'autonomie reconnues aux individus. Une société qui prise l'individualisme se défend mal contre ce que DURKHEIM nomme l'égoïsme : dissolution des références communes, des règles et des principes de légitimation, relâchement des liens primaires familiaux, amicaux, locaux, etc..., par rapport aux sociétés traditionnelles.

L'égoïste est un individu que sa collectivité a abandonné à lui-même, sans autre point d'attache que ses intérêts, ou ses humeurs, ce qui risque de briser la solidarité et de rendre dérisoire la recherche de la conformité. Une même discipline ne peut s'imposer à tous, une loi commune ne peut prévaloir sur la spécialité et la dispersion. L'individu est insatisfait, il se contente mal de ce que la vie lui permet d'ambitionner, il a tendance à se désadapter.

Reprise de l'autonomie, développement des initiatives et des réalisations personnelles, restitution de l'individu à lui-même, tels sont les buts de la thérapeutique psychiatrique, en particulier de la psychothérapie. L'existence d'une loi commune est une contradiction fondamentale que le malade ne saurait accepter, « du moment qu'on inculque aux hommes ce prétexte que c'est pour eux un devoir de progresser, il est plus difficile d'en faire des résignés » (44).

Ainsi le travail de WOODBURY (cité par RACAMIER) montre que dans un premier temps où le régime était autoritaire, les troubles présentés par les malades étaient de type régressif, dans la deuxième période, où par réaction le régime était devenu individualiste, l'anarchie associée au postulat — l'amour guérit tout — s'exprimait par un grand nombre d'actes auto- et hétéro-agressifs, et par la domination par les « dictateurs fous » impulsifs organisés et persécutés qui régnaient en imposant la terreur. Le retour à une formule intermédiaire parlementaire « où le malade était encouragé à devenir responsable de lui-même et des autres » a augmenté les fugues, mais aussi les sorties.

ADAPTATION ET INTÉGRATION

L'adaptation concerne les mécanismes par lesquels un individu se rend apte à appartenir à un groupe, l'intégration concerne les mécanismes par lesquels le groupe admet un nouveau membre, subordonnés à la possibilité pour l'individu de se changer. Pour être intégré, l'individu doit partager jusqu'à un certain point les valeurs et les normes du groupe, et pour cela, il faut que les normes et valeurs collectives ne soient pas en contradiction avec celles auxquelles il tient parce qu'elle lui permettent de confirmer son appartenance à d'autres groupes ; il faut que les normes et valeurs collectives ne soient pas en contradiction avec les attitudes profondes de l'individu, remettant ainsi en cause toute sa personnalité. Si ces conditions sont réunies, adaptation et intégration sont possibles à un degré qui est fonction du rapport entre le gain psychologique obtenu par l'intégration et le coût psychologique de l'adaptation.

Ainsi le délinquant n'a pu établir ou rétablir l'équilibre entre ses tendances et le système de normes et de valeurs de sa société, et il s'est vu rejeter par elle. La délinquance diffère des conduites

d'opposition qui, elles, témoignent d'une adaptation en tant que dépassement du niveau acquis.

Un exemple d'incompatibilité entre deux systèmes est apporté par une certaine catégorie d'individus révoltés, toxicomanes, pour lesquels les buts et les moyens proposés par la psychiatrie sont en contradiction profonde avec le sens de leur destin, et pour eux la désintoxication coïncide avec la désocialisation, rupture avec le système de valeurs qui fait de leurs semblables des frères.

Un exemple du deuxième genre est offert par les délirants chroniques ; ce que l'on leur propose va à l'encontre de tout un système de pensée.

Le degré d'intégration d'un malade dans un service est fonction de l'analogie qu'il présente avec le « malade-type » de ce service (RACAMIER) ; image aussi simple que possible, fortement influencée par les tendances personnelles du médecin principal, et qui constitue le centre du territoire que l'équipe reconnaît comme sien dans l'espace de la psychopathologie. Les malades de toutes sortes sont amenés à se rapprocher de ce centre, en échange des bienfaits qu'ils peuvent obtenir de la prise en charge. Si ces bienfaits ne valent pas l'effort d'adaptation, le malade est rejeté, « raté parce qu'il est malade, et raté en plus parce qu'il n'est pas malade comme il faut » (123).

L'insertion d'un individu dans un éventuel groupe de malades le met relativement à l'abri d'une manifestation d'agressivité. On a vu que les suicidants étaient des isolés. De même, une analyse de la population des quartiers d'agités montre que ces individus, quelle que soit la maladie dont ils sont atteints, étaient depuis longtemps exclus, intolérants ou non tolérés par les autres malades ou les infirmiers ; en les transférant dans le quartier des agités, le médecin n'a fait que consacrer cette exclusion. Les déséquilibrés sont également des solitaires, en dehors de certains milieux ou situations très spécifiques.

LES SOUS-CULTURES

Un certain nombre d'individus rejetés par la société peuvent retrouver une certaine socialisation dans des groupes déviants dont l'expression est une sous-culture, une contre-culture (la culture étant l'ensemble de croyances, de mœurs et de genres de vie, intégrés en fonction de certaines valeurs généralement admises, et qui s'imposent avec une certaine permanence dans une société donnée). Cette sous-culture leur assure un sentiment d'appartenance, une estime de soi issue de l'estime d'autrui, c'est cette contre-culture qui est reconnue comme sienne, et non celle des dirigeants.

Tels sont les révoltés toxicomanes. Tels sont aussi ces malades qui, mal intégrés dans le service, forment des clans, en opposition

plus ou moins ouverte avec l'équipe soignante et éventuellement les autres malades, dont ils se distinguent. Les troubles du comportement individuels diminuent alors, par contre on observe des actions de révolte collective (suicides collectifs, fugues en série, etc...).

Au total, non seulement la société crée les conditions contextuelles de la déviance en soumettant l'individu à des pressions internes contradictoires, en le laissant dans l'embarras quant à ses devoirs et même son identité, ou en faisant luire à ses yeux des avantages dont finalement la jouissance lui sera refusée, mais encore elle en fournit les occasions ; dans les services de psychiatrie on peut relever à la base de la transgression des normes, les perturbations que cause l'hospitalisation ; les difficultés éprouvées par le malade à s'adapter à la vie du service et à son statut nouveau de malade mental ; l'imprécision du système de normes et de valeurs qu'on lui impose ; la contradiction fondamentale entre les valeurs de libération et d'autonomie et les normes collectives de cohabitation ; la privation de liberté et l'existence de dispositifs de répression ; l'évolution des idées et les changements qu'elle entraîne ; les conflits internes de l'équipe soignante ; l'existence réactionnelle de conjurations.

« Le scandale, la violence perpétrée contre les sentiments forts de la conscience collective peuvent remplir une fonction positive, si grâce aux ébranlements qui les accompagnent de nouvelles formes sociales peuvent être mises à jour ». La différence n'est pas si grande entre le délinquant et le héros novateur ; « l'homme raisonnable s'adapte lui-même au monde, celui qui est déraisonnable persiste à vouloir adapter le monde à lui-même. Ainsi tout progrès dépend de l'homme déraisonnable », dit G. BERNARD SHAW. « Les prescriptions d'aujourd'hui, même ritualistes et vétilleuses, ont pour origine un appel qui, en son temps, a rompu et brisé avant de joindre et de bâtir. La déviance est d'autant plus inévitable qu'elle constitue souvent le seul recours de l'innovation dans toute société qui cherche à se rendre elle-même conforme à ses propres règles et principes » (146).

La transgression de la loi du service ne peut trouver son sens et son utilité que dans une perspective institutionnelle. Les effets d'un tel effort d'analyse sont significatifs : « Raréfaction des agissements auto- et hétéro-agressifs, des fugues, et des ruptures de traitement... accroissement considérable des expressions verbales de l'agressivité, augmentation très notable du degré d'initiative et d'activité, bien plus large tolérance à la frustration, à l'expression des affects et renforcement considérable des motivations thérapeutiques » (123).

« Le problème pratique n'est pas de rechercher telle organisation idéale qui prétendrait tout arranger, mais bien celle qui permet au maximum de gens de fonctionner et de se développer le moins mal possible. En particulier, il semble que n'importe quelle sorte d'institution connaisse une ou plusieurs crises dont les patients sont

les principaux manifestants, mais dans les évolutions collectives aussi bien qu'individuelles, on doit savoir qu'une crise peut être maturative ; il y a donc à distinguer les crises progrédientes et les crises de désintégration ; des premières, les individus et l'institution sortent renforcés, mais ils sortent affaiblis des secondes » (123).

Vu et permis d'imprimer :

M. MALLET

Vu, le doyen :

M. BAUMANN

Vu, le président de thèse :

M. THIBAUT

BIBLIOGRAPHIE

1. ANGELERGUES (R.). — Démences. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 280, A¹⁰.)
2. ANTHEAUME (A.) et MIGNOT (R.). — Période médico-légale prodromique de la démence précoce. (*L'Encéphale*, 1907, p. 126.)
3. AUDISIO (M.) et PICAT (J.). — Epilepsie. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 250, A¹⁰.)
4. BALLET (G.). — Traité de pathologie mentale. (O. Doin, 1903.)
5. BARTON (R.). — La névrose institutionnelle (Scarabée, 1969.)
6. BENOIT (J.C.). — Etude et contrôle relationnel des troubles du comportement en service libre. (*Congrès de Psychiatrie et de Neurologie*, 1968.)
7. BERGERON (M.) et BENOIT (J.C.). — Biotypologie et psychiatrie. (*L'Evolution psychiatrique*, 1954, p. 34.)
8. BERGERON (M.). — Fugues. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 140, E¹⁰.)
9. BERGERON (M.). — Les conceptions psychologiques de M. Henri Wallon. (*L'Evolution Psychiatrique*, 1950, p. 197.)
10. BERGERON (M.). — La psychologie des conduites en pratique psychiatrique. (*L'Information Psychiatrique*, 1962, pp. 249-254.)
11. BLANC (M.), GEISSMAN (P.) et CHANSEAU (J.C.). — Le déséquilibré : hypothèses pathogéniques. (*La Revue du Praticien*, X 1972, XXII, n° 26, p. 3507.)
12. BOREL (J.). — Le déséquilibre psychique. (PUF, 1947.)
13. BRISSSET (C.), MAZET (P.) et FORTINEAU (J.). — Neurologie et psychosomatique. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 458, A¹⁰.)

14. BUHLER (C.). — L'hôpital psychiatrique et le suicide. (*Thèse de Doctorat*, Paris, 1972.)
15. BUIES (R.). — L'acting out : résumé du Congrès des psychanalystes de langue romane, Paris, 1967. (*Interprétation*, 1968, II, n° 3, pp. 63-89.)
16. CAPGRAS (J.) et REBOUL-LACHAUX (J.). — Clastomanie systématique (19-3-1923). (*Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale*, 1923, p. 82.)
17. CHANES (C.) et VIE (J.). — Critique psychothérapique des conditions actuelles d'hospitalisation des aliénés. (*Annales médico-psychologiques*, 1944, I, p. 439.)
18. CHARLIN (A.), GARDIEN (P.) et MARTY (P.). Dipsomanies, données pathogéniques (VI, 1946). (*Annales médico-psychologiques*, 1946, II, n° 1, p. 38.)
19. CHASLIN (P.). — Eléments de séméiologie et clinique mentales. (*Asselin et Houzeau*, 1912.)
20. CHAZAUD (J.). — Vues sur l'héboïdophrénie. (*L'Encéphale*, 1964, p. 671.)
21. COLIN (H.). — Le placement des aliénés difficiles (25-2-1907). (*Annales médico-psychologiques*, 1907, IX, T. V, p. 416.)
22. COLIN (H.). — Les réactions dangereuses chez les aliénés (20-4-1922). (*Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale*, 1922, p. 91.)
23. COLONNA (L.) et LOO (H.). — Le déséquilibré : psychotique ou névrotique ? (*La Revue du Praticien*, X 1972, XXII, n° 26, p. 3493.)
24. CORMAN (L.). — La morpho-psychologie en psychiatrie. (*L'Evolution psychiatrique*, 1954, p. 433.)
25. COURCHET (J.L.). — Le suicide, essai d'étude psychanalytique. (*L'Evolution psychiatrique*, 1955, III, p. 467.)
26. DAUMEZON (G.), TOSQUELLES (F.), AUDISIO (M.). — Agitation. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 140, A¹⁰.)
27. DAUMEZON (G.). — Dipsomanie réactionnelle et périodique (14-10-1936). (*Annales médico-psychologiques*, 1936, I, p. 739.)
28. DAUMEZON (G.). — De la nécessité d'une définition standard du service ouvert (23-1-1939). (*Annales médico-psychologiques*, 1939, I, p. 126.)
29. DAUMEZON (G.). — Méthode pour rédiger une nouvelle loi sur les maladies mentales. (*Annales médico-psychologiques*, 1946, II, p. 213.)
30. DAUMEZON (G.). — Fondements d'une psychothérapie collective. (*L'Evolution psychiatrique*, 1948, III, p. 57.)
31. DAUMEZON (G.). — Intervention au Symposium sur la psychothérapie collective. (*L'Evolution psychiatrique*, 1952, III, p. 574.)
32. DAUMEZON (G.). — Motifs de la consultation du déséquilibré. (*La Revue du Praticien*, X 1972, XXII, n° 26, p. 3549.)
33. DAVID (C.). — L'hétérogénéité de l'acting out et l'ambiguïté du transfert. (*Revue française de psychanalyse*, XXXII, p. 1005.)

34. DE CLÉRAMBAULT (G.). — Impulsion lucide et mnésique vraisemblablement comitiale (23-5-1923). (*Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale*, 1923, p. 237.)
35. DEROMBIES (M.). — Le régime des aliénés criminels en Angleterre et en Ecosse. (*Annales médico-psychologiques*, 1937, I, pp. 202, 400, 536.)
36. DENIKER (P.), COTTEREAU (M.J.), ZARIFIAN (A.). — Etude sémiologique des déséquilibrés psychiques. (*La Revue du Praticien*, X 1972, XXII, n° 26, p. 3479.)
37. DENIKER (P.) et SEMPÉ (C.). — Personnalités psychopathiques. (*L'Encéphale*, 1967, n° 1, p. 5-32.)
38. DESHAIES (G.). — Psychologie du suicide. (PUF, 1947.)
39. DES LAURIERS (A.). — Le risque de suicide chez les déprimés. (*La Revue du Praticien*, IX 1972, XXII, n° 25, p. 3055-3062.)
40. DIATKINE (R.), SOCCARAS (F.) et KESTEMBERG (E.). — Le transfert en psychothérapie collective. (*L'Encéphale*, 1950, p. 248.)
41. DIGO (R.). — Mélancolie. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 210, A¹⁰.)
42. DI TULLIO (B.). — Biotypologie et criminologie. (*L'Evolution psychiatrique*, 1954, p. 421.)
43. DUBLINEAU (J.) et ANGELERGUES (R.). — Impulsions à mordre chez un adulte (13-2-1950). (*Annales médico-psychologiques*, 1950, 1, p. 342.)
44. DURKHEIM (E.). — Le suicide. (Alcan, 1912.)
45. EY (H.). — Manuel de psychiatrie. (Masson, 1960.)
46. EY (H.). — Etude n° 11 : impulsions. (*Etudes psychiatriques*, t. II, Desclée de Brouwer, 1950.)
47. EY (47). — Etude n° 12 : exhibitionnisme. (*Etudes psychiatriques*, t. II, Desclée de Brouwer, 1950.)
48. EY (H.). — Etude n° 13 : perversité et perversions. (*Etudes psychiatriques*, t. II, Desclée de Brouwer, 1950.)
49. EY (H.). — Etude n° 14 : le suicide. (*Etudes psychiatriques*, t. II, Desclée de Brouwer, 1950.)
50. EY (H.). — Etude n° 26 : épilepsie. (*Etudes psychiatriques*, t. III, Desclée de Brouwer, 1954.)
51. EY (H.). — Schizophrénies. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 282, A¹⁰.)
52. EY (H.). — Les psychopathes dangereux. (*La Revue du Praticien*, 1962, XII, pp. 3237-3252.)
53. FAIN (M.). — Réflexions sur l'acting out. (*Revue Française de Psychanalyse*, 1968, XXXII, p. 1025.)
54. FELINE (A.) et GUTMANN (A.). — Le devenir du déséquilibré. (*La Revue du Praticien*, X, 1972, n° 26, p. 3567.)

55. FLAUMENBAUM (R.). — Dépression et passage à l'acte. (*Entretiens psychiatriques*, n° 15, p. 95 à 129.)
56. FLOURNOY (O.). — Acting out (Congrès de Psychanalyse de Paris, 1967). (*Revue Française de Psychanalyse*, 1968, XXXII, p. 807.)
57. FONTAN (M.), ASCHER (J.) et LANGE (G.). — Quelques réflexions sur le passage à l'acte. (*Annales médico-psychologiques*, 1969, I, n° 5, 784-792.)
58. FREUD (A.). — Le Moi et les mécanismes de défense. (PUF, 1949.)
59. FREUD (A.). — Le normal et la pathologique chez l'enfant. (Gallimard, 1966.)
60. FREUD (A.). — Acting out (Rapport au Congrès de Copenhague). (*International Journal of Psychoanalysis*, 1968, II, pp. 165 à 170.)
61. FREUD (S.). — « Angoisse et vie instinctuelle » in Nouvelles Conférences. (NRF, Idées, 1936.)
62. FREUD (S.). — « Au-delà du principe du plaisir » in Essais de Psychanalyse. (Payot, 1936.)
63. FREUD (S.). — « Des criminels par sentiment de culpabilité ». in Essais de Psychanalyse appliquée. (Gallimard, 1936.)
64. FREUD (S.). — « Les deux principes du fonctionnement mental » in Collected Papers (vol. IV, p. 5.)
65. FREUD (S.). — Inhibition, symptôme et angoisse. (PUF, 1951.)
66. FREUD (S.). — Métapsychologie. (Gallimard, 1952.)
67. FREUD (S.). — « Remémoration, répétition, élaboration », in La Technique Psychanalytique. (PUF, 1955.)
68. FREUD (S.). — Totem et tabou. (Payot, 1925.)
69. FREUD (S.). — Trois essais sur la théorie de la sexualité. (Gallimard, 1923.)
70. GAYRAL (L.F.). — Syndrome dépressif et suicide chez le déséquilibré. (*La Revue du Praticien*, X, 1972, XXII, n° 26, p. 3517.)
71. GREENACRE (P.). — « La conscience chez le psychopathe ». « Acting out » in Traumatisme, Croissance et Personnalité. (PUF, 1971.)
72. GREENACRE (P.). — Acting out (Rapport au Congrès de Copenhague). (*International Journal of Psychoanalysis*, 1968, n° 49.)
73. HOCHMANN (J.). — « Le concept de sociopathie » in La criminologie clinique. (Dessart, 1968.)
74. IZARD (J.). — Les conduites suicidaires. (*Entretiens Psychiatriques*, n° 14, p. 129.)
75. JACQUETTE (P.). — Le désir psychopathique. (*Perspectives Psychiatriques*, 1973, n° 42.)

76. JANET (P.). — L'automatisme psychologique. (Alcan, 1894.)
77. JANET (P.). — Force et faiblesse psychologiques. (Maloine, 1932.)
78. JUSTIN-BESANÇON (L.), PÉQUIGNOT (H.) et DE PAILLERETS (F.). — Problèmes psychiatriques d'un service de médecine générale. Tentatives de suicide dans un service de médecine générale. (*Semaine des Hôpitaux*, III, 1961.)
79. KANZER (M.). — Acting out and its relations to impulse disorders. (*Journal of the American Psychoanalysis Association*, 1957.)
80. KANZER (M.). — Ego alteration and acting out (Rapport au Congrès de Copenhague). (*International Journal of Psychoanalysis*, 1968, II, pp. 431 à 435.)
81. KARLI (P.). — Les conduites agressives. (*La Recherche*, 1971, n° 18, p. 1013.)
82. KOECHLIN (P.). — La psychothérapie institutionnelle. (*Revue Pratique de Psychologie*, 1966.)
83. KRETSCHMER (E.). — Manuel théorique et pratique de psychologie médicale. (Payot, 1927.)
84. LABOUCARIE (J.). — Conduites thérapeutiques d'urgence en psychiatrie. (*Le Concours médical*, III, 1968.)
85. LAGACHE (D.). — Fugues et fuite de soi-même. (*L'Evolution psychiatrique*, 1947, IV, p. 1.)
86. LAGACHE (D.). — Contribution à la psychologie de la conduite criminelle. (*Revue Française de Psychanalyse*, 1948, IV, p. 541.)
87. LAGACHE (D.). — Acting out et action; difficultés terminologiques. (*Revue Française de Psychanalyse*, XXXII, p. 1055.)
88. LAGACHE (D.). — Psychocriminogénèse. (*Revue Française de Psychanalyse*, 1951, XV, p. 103.)
89. LAPLANCHE (J.) et PONTALIS (J.B.). — Vocabulaire de la psychanalyse. (PUF, 1967.)
90. LEAUTE (J.). — Criminologie et science pénitentiaire. (Thémis. PUF, 1972.)
91. LEBOVICI (S.), MALE (P.) et PASCHE (F.). — Psychanalyse et criminologie. (*Revue Française de Psychanalyse*, 1971, XV, p. 31.)
92. LEMPERIÈRE (T.) et DES LAURIERS (A.). — Le risque de suicide dans les psychoses. (*La Revue du Praticien*, 1962, XII, n° 31, pp. 3253 à 3262.)
93. LEULIER (M.). — Manie. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 200, A¹⁰.)
94. LÉVY (A.). — Psychologie et hôpitaux psychiatriques. (*L'Information psychiatrique*, VI, 1968.)
95. LEY (J.). — Les délinquants anormaux et la défense sociale. (*Annales médico-psychologiques*, I, 1947, n° 1, p. 1.)

96. LITTRÉ (E.) et ROBIN (C.). — Dictionnaire de médecine. (Baillière, 1873.)
97. LORENZ (K.). — L'agression. (Flammarion, 1969.)
98. LORENZ (K.). — Essais sur le comportement animal et humain. (Seuil, 1973.)
99. MAGNAN (V.). — Etudes cliniques sur les impulsions et les actes des aliénés. (*Œuvres diverses, P. du Prog. Méd.*, 1878.)
100. MAJOR (R.). — A propos de la délinquance et du passage à l'acte. (*Perspectives Psychiatriques*, 1963, V, pp. 33 à 41.)
101. MARTY (P.) et FAIN (M.). — Importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet. (*Revue Française de Psychanalyse*, 1955, p. 205.)
102. MICHAUX (L.). — Psychiatrie. (Flammarion, 1965.)
103. MONTASSUT et LUGUET. — Aliénés difficiles et invalides moraux à l'hôpital psychiatrique. (*Annales médico-psychologiques*, 1948, II, p. 215.)
104. MOOR (L.). — Oligophrénies. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 270, A¹⁰.)
105. MULLER (C.), KAUFFMANN (L.) et CIOMPI (L.). — Schizophrénies. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 290, A³⁰.)
106. NACHT (S.). — La psychanalyse d'aujourd'hui. (PUF, 1956.)
107. NACHT (S.). — Les manifestations cliniques de l'agressivité. (*Revue Française de Psychanalyse*, 1948, XII, n° 3, p. 311.)
108. NACHT (S.). — Sur le passage à l'acte. (*Revue Française de Psychanalyse*, 1968, XXXII, p. 1067.)
109. NEYRAUT (M.). — Personnalités psychopathiques, psychopathologie. (*Perspectives Psychiatriques*, n° 5, 1963, pp. 25 à 31.)
110. ECONOMO (C.). — Le comportement suicidaire et le problème des tentatives. (*Revue Française de Sociologie*, 1961, I, pp. 67 à 75.)
111. OLIEVENSTEIN et PADOVANI (P.). — La prise en charge des déséquilibrés. (*La Revue du Praticien*, 1972, X, XXII, n° 26, p. 3579.)
112. OURY (J.). — Thérapeutique institutionnelle. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 930, G¹⁰.)
113. PACTET (M.). — Le placement des aliénés difficiles (25-3-1907). (*Annales médico-psychologiques*, 1907, IX, V, p. 435.)
114. PARAIRE (J.V.) et JUILLET (P.). — Les déséquilibrés dans l'armée. (*La Revue du Praticien*, X, 1972, XXII, n° 26, p. 3539.)
115. PARANT (V.). — Les fugues en psychiatrie. (Rapport au Congrès des Aliénistes de Nantes, 1909). Cet ouvrage contient de nombreuses citations de JOFFROY et DUPOUY, Fugues et vagabondages. (Alcan, 1909.)

116. PAUMELLE (P.). — Essai de traitement collectif du quartier d'agités. (*Thèse de doctorat*, Paris, 1952.)
117. PAUMELLE (P.). — Le mythe de l'agitation des malades mentaux. (*Entretiens psychiatriques*, 1953, p. 181.)
118. PÉRON-MAGNAN (P.) et GINESTET (D.). — La sexualité du déséquilibré. (*La Revue du Praticien*, X, 1972, XXII, n° 21, p. 3527.)
119. QUIDU (M.), CAPITAIN (J.J.), HULLIN (R.), RABARDEL (J.) et SALINGER (P.). — Réflexions sur la conduite suicidaire dans un service ouvert. (*Annales médico-psychologiques*, 1964, II, n° 3, p. 333.)
120. QUIDU (M.). — Le suicide. (*Editions sociales françaises*, 1970.)
121. QUIDU (M.). — Conduite suicidaire. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 140, G¹⁰.)
122. RACAMIER (P.C.) et BLANCHARD (M.). — De l'angoisse à la manie. (*L'Evolution Psychiatrique*, 1957, III, p. 555.)
123. RACAMIER (P.C.). — Le psychanalyste sans divan. (Payot, 1970.)
124. RACINE (Y.). — Transfert et défense en psychothérapie institutionnelle. (*Revue Psychothérapie institutionnelle*, 1965, n° 1.)
125. REVAULT D'ALLONNES (G.). — Les hétéro-impulsions. (*Annales médico-psychologiques*, 1927, II, p. 414.)
126. RIESE (W.). — Le crime impulsif interprété par les réflexes conditionnels. (*L'Evolution psychiatrique*, 1935, IV, p. 81.)
127. ROBERT (R.). — Intoxications. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 143, A¹⁰.)
128. ROSEN (J.). — Acting out et Acting in. (*L'Evolution psychiatrique*, 1965, XXX, n° 2, pp. 215 à 232.)
129. ROUART (J.). — Agressivité. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 300, A²⁰.)
130. ROUART (J.). — Acting out (Congrès de Psychanalyse de Paris, 1967). (*Revue Française de Psychanalyse*, 1968, XXXII, p. 855.)
131. SCHERRER (M.). — Une énigme médico-légale et nosologique (12-1-1948). (*Annales médico-psychologiques*, 1948, 1, p. 182.)
132. SCHNEIDER (K.). — Les personnalités psychopathiques. (PUF, 1955, 9^e édition.)
133. SCHNEIDER (P.B.), PANAYOTOPOULOS (D.), ABRAHAM (G.). — Troubles de la sexualité. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 105, G¹⁰.)
134. SPITZ (R.). — Le Non et le Oui. (PUF, 1965.)
135. STIERLIN (H.). — Essai sur quelques aspects psychiatriques de l'agressivité. (*L'Evolution psychiatrique*, 1966, XXXI, I, pp. 93 à 105.)
136. STORPER-PEREZ (D.). — Sociologie de l'hôpital psychiatrique. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 928, A¹⁰.)

137. SZABO (D.) et ABDEL FATTAH (E.). — Criminogénèse. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 906, A¹⁰ à A⁴⁰.)
138. TOSQUELLES (F.). — Introduction à la sémiologie de l'agitation. (*L'Évolution Psychiatrique*, 1954, p. 75.)
139. TOURNAY (A.). — Les actes moteurs, en psychophysiologie normale et pathologique. (*Bulletin de Psychologie*, 1963, XVI, pp. 491 à 496 ; 611 à 613 ; 649 à 651 ; 745 à 751 ; 855 à 866 ; 1115 à 1120 ; 1172 à 1178.)
140. TRILLAT (E.). — Déséquilibre psychique. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 310, A¹⁰.)
141. VALLET (R.). — Genèse du comportement antisocial chez le malade mental interné. (*Annales médico-psychologiques*, 1958, I, n° 1, pp. 48 à 61.)
142. VERVAEK (L.). — Anormaux et défense sociale. (*Annales médico-psychologiques*, 1937, I, p. 513.)
143. VIGOUROUX (A.). — Le placement des aliénés difficiles (28-1-1907). (*Annales médico-psychologiques*, 1907, IX, T. V, p. 293.)
144. WIDLOCHER (D.) et BASQUIN (M.). — Névroses de caractère. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37 320, A¹⁰.)
145. WOOD (E.C.). — Acting out. (Rapport au Congrès de Copenhague). (*International Journal of Psychoanalysis*, n° 49.)
146. ENCYCLOPEDIA UNIVERSALIS. Articles Sociologie, etc... Délinquance, Psychiatrie, Philosophie de l'action, etc...
147. WALLON (H.). — De l'acte à la pensée. (PUF, 1942.)
148. BLONDEL (C.). — Les automutilateurs, étude physio-pathologique et médico-légale. (J. Rousset, Paris, 1906.)

ACHEVÉ D'IMPRIMER
SUR LES PRESSES DE
L'IMPRIMERIE D'ARCUEIL
33-35, RUE DE LA VALLÉE
A ARCUEIL (VAL-DE-MARNE)

